المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
عمادة البحث العلمي

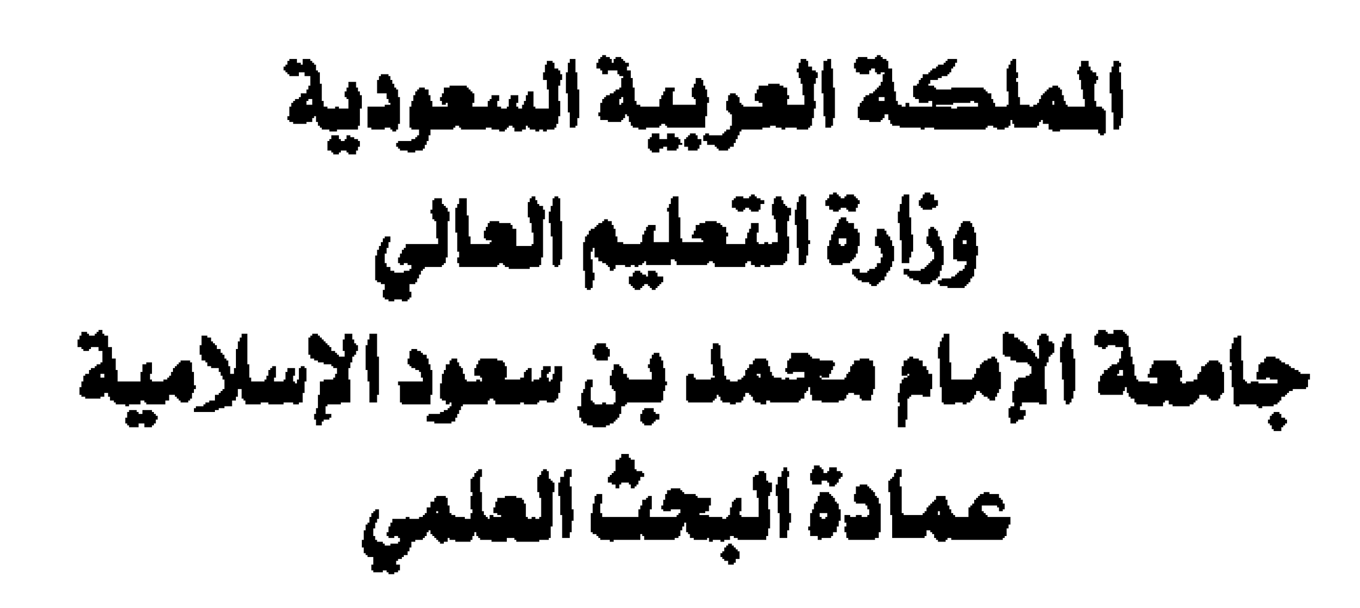


سلسلة الرسائل الجامعية
- ١٠٣ -

التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري

إعداد
د. هند بنت عقيل الميزر

١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م


المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية
عمادة البحث العلمي



سلسلة الرسائل الجامعية

- ١٠٣ -

التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري

إعداد

د/ هند بنت عقيل الميزر

١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م

ح

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ١٤٣٠هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الميزر ، هند بنت عقيل

التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري. / هند بنت عقيل الميزر- الرياض، ١٤٣٠هـ.

٣٦٢ ص ؛ ١٧×٢٤سم، (سلسلة الرسائل الجامعية، ١٠٣)

ردمك: ٠-٨٩٧- ٠٤ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨

١-مرض السكري ٢- الخدمة الاجتماعية الطبة ٣- الأطفال- أمراض أ.العنوان

ديوي ٣٦٢.١٠٤٢٥ ٣١١٠ / ١٤٣٠

رقم الإيداع: ٣١١٠ / ١٤٣٠

ردمك: ٠-٨٩٧- ٠٤ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨

بسم الله الرحمن الرحيم

الطبعة الأولى ١٤٣٠هـ - ٢٠٠٩م

تقديم عميد البحث العلمي

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، وعلى آله وصحبه أجمعين، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين . أما بعد:ـــ

فقد نصت المادة الأولى في نظام مجلس التعليم العالي والجامعـــات في المملكـــة العربية السعودية على أن الجامعات السعودية مؤسسات علمية وثقافية، تعمل على هدي الشريعة الإسلامية وتقوم بتنفيذ السياسة التعليمية بتوفير التعلـــيم الجـــامعي والدراسات العليا، والنهوض بالبحث العلمي، والقيام بالتأليف، والترجمة، والنشـــر وخدمة المجتمع في نطاق اختصاصها.

وعمادة البحث العلمي بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في سبيل تحقيق أهدافها المنوطة بها تعنى بنشر البحوث العلمية، والرسائل الجامعية، وترجمة ما ترى فيه النفع إلى العديد من اللغات العالمية، وتستكتب في السلاســـل الثقافيـــة الـــتي تصدرها العديد من المتخصصين؛ لتقدم المتميز من الأعمال العلمية.

وها هي تضع بين يدي القراء هذا الرسالة العلمية الموسومة بـــ:

(التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري)

التي أعدها / هند بنت عقيل الميزر

وقد قُدِّمت هذه الرسالة لنيل درجة الـــدكتوراه بقســـم الدراســـات الاجتماعية بكلية الآداب، جامعة الملك سعود بالرياض، ونوقشت في ١٤٢٧/٥/١ هـــ.

وقد وافق المجلس العلمي في الجامعة على نعلى إعادة طباعتـــها في جلســـته (الرابعة) المعقودة في ٢٤/ ١١ / ١٤٢٩ هـــ، بقراره ذي الرقم (٦١ - ١٤٢٩ / ١٤٣٠هـــ).

وهي الرسالة الرسالة الثالثة بعد المائة من سلسلسة الرسائل الجامعية التي نشرتها الجامعة، وطبعتها في مطابعها. نسأل الله ـــــ عز وجل ـــــ أن ينفع بها، إنه سميع مجيب.

أ. د فهد بن عبد العزيز العسكر

الباب الأول
البناء النظري للدراسة

الفصل الأول: مدخل الدراسة.

الفصل الثاني: المنظور الطبي لمرض السكري (النوع الأول).

الفصل الثالث: المشكلات المرتبطة بمرض السكري (النوع الأول) مع الأطفال.

الفصل الرابع: الخدمة الاجتماعية ومداخلها المهنية مع الأطفال المصابين بمرض السكري لتأهيلهم اجتماعياً.

الفصل الأول
مدخل الدراسة

مقدمة:

أولاً: مشكلة الدراسة وأهميتها.

ثانياً: أهداف الدراسة.

ثالثاً: فروض الدراسة.

رابعاً: مفاهيم الدراسة.

مقدمة

تمثل مرحلة الطفولة أهمية خاصة كمصدر للتنمية البشرية لأي مجتمع من المجتمعات، باعتبارها مرحلة نمو للفرد في مكوناته الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، لذا فقد اهتمت جميع التخصصات بهذه المرحلة، سواء الطبية أم التربوية أم النفسية أم الاجتماعية.

وتعد مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي تتأثر بالمرض، باعتبارها المرحلة الأولى من مراحل نمو الفرد،حيث تنمو فيها قدرات الطفل ومواهبه، ويكون قابلاً للتأثير والتوجيه وتتشكل جوانب شخصيته الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية.

وقد اهتمت المجتمعات بتوفير برامج الرعاية المختلفة للأطفال، التي منها برامج الرعاية الصحية التي تساعدهم على النمو السليم بصفة عامة، والوقاية من الأمراض بصفة خاصة، وتوفير سبل العلاج والتأهيل للحد من الآثار السلبية لها.

وتعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تهتم بالطفولة ومراحلها، وقدمت لها الرعاية في جميع المجالات. ويعد المجال الطبي أحد مجالات المهنة الذي يهتم بالأطفال المرضى باختلاف أمراضهم العضوية التي تصيبهم سواء الطارئة أم المزمنة، فإذا اقتصر المرض على فترة وجيزة فإن تأثيره قد لا يمتد إلى جميع الجوانب الأخرى من حياة المريض وأسرته، أما المرض المزمن فإن له تأثيرات نفسية واجتماعية في المريض نفسه وفي أسرته، التي تمتد مع استمرار مدة المرض وطبيعته ونوعية علاجه ومضاعفاته على مدى الحياة. (متولي،١٩٩١: ٢٣٢)

وتهدف الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي من خلال التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة المريض على الاستفادة من الفرص العلاجية إلى أقصى حد ممكن.(السنهوري، وآخرون، ١٩٩٣: ٢٩)

وعندما يصاب الطفل بأحد الأمراض المزمنة، مثل: مرض السكري أو القلب أو السرطان ويصبح بعدها معاقاً - أي يقع ضمن نطاق فئة ذوي الاحتياجات الخاصة- فإن الإعاقة سواء أكانت جسمية أم عقلية أم نفسية فإن تأثيرها النفسي والاجتماعي المتمثل في الآثار المترتبة عليها، والتي تمتد إلى جوانب اجتماعية ونفسية في حياة الطفل المريض وأسرته، حيث تحتاج إلى دراسة واهتمام ورعاية، يمكن أن تساهم فيها الخدمة الاجتماعية مع كل من الطفل وأسرته، وذلك لمساعدتهم على مواجهة مشكلات المرض والتوافق مع التأثيرات المختلفة المترتبة على الإصابة بالمرض المزمن.

ويعد مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الأطفال، حيث يعانون من مشاعر سلبية واضطرابات نفسية واجتماعية وسلوكية، تنعكس على استجاباتهم للعلاج، ويحتاج الأطفال المرضى إلى تهيئة مناخ اجتماعي ونفسي ملائم يساعدهم على اجتياز أزمة المرض في مراحله الأولى، وكيفية التعامل معه والالتزام بإجراءاته العلاجية، حتى يمكن تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي للأطفال المرضى.

وسيتناول هذا الباب الفصول التالية:

الفصل الأول: يتضمن الإطار النظري للدراسة ويشمل (تحديد مشكلة الدراسة، أهميتها، أهداف الدراسة، فروض الدراسة، مفاهيم الدراسة).

الفصل الثاني: يتضمن المنظور العلمي لمرض السكري (النوع الأول).

الفصل الثالث: يتضمن المشكلات المرتبطة بمرض السكري (النوع الأول) مع الأطفال.

الفصل الرابع: يتضمن الخدمة الاجتماعية ومداخلها المهنية مع الأطفال المصابين بمرض السكري (النوع الأول) لتأهيلهم اجتماعياً.

أولاً: مشكلة الدراسة وأهميتها

يعد مرض السكري أحد الأمراض المزمنة والمنتشرة في هذا العصر، في مختلف الدول والبلدان، وبمختلف الجنسيات ومراحل العمر. حيث يصيب الأطفال مثلما يصيب الكبار، ويكمن الاختلاف بينهما في ضرورة الاعتماد على حقن الأنسولين للأطفال، في حين أن الكبار في بعض الأحيان لا يحتاجون للعلاج بحقن الأنسولين.

وقد شهد العالم في القرن العشرين تغيراً ملحوظاً في زيادة نسبة الإصابة بمرض السكري، سواء على المستوى الدولي أو الإقليمي أو المحلي، حيث تشير الإحصاءات إلى أنه يوجد حوالي ١٣٥ مليون شخص على مستوى العالم مصابون بمرض السكري. ومن المتوقع ازدياده إلى ٣٠٠ مليون عام ٢٠٢٥م ممن سيعانون مستقبلاً من المرض. وتشير الإحصاءات الدولية في الولايات المتحدة لعام ٢٠٠٢م إلى وجود أكثر من ١٧ مليون شخص يعانون من مرض السكري بنسبة ٦,٢ % من مجموع السكان، منهم ١١,١ مليون شخصت حالتهم بالإصابة بالمرض، و٩,٥ مليون لم تشخص حالتهم، وأن أكثر من ١٥١ ألف تحت سن العشرين مصابون بالسكري وذلك بنسبة ٠,١٩% ،وحوالي من ٤٠٠ إلى ٥٠٠ ألف طفل ومراهق مصاب بالنوع الأول. (National diabetes statistics, 2002)

ويشير التقرير السنوي في المملكة المتحدة عام ٢٠٠٢م إلى أن حوالي١,٤ مليون شخص مصابون بالمرض وأكثر من المليون قد يكونون مصابين ولكنهم غير مشخصين بالمرض. (Annual review 2002 diabetes UK, 2002)

كما تشير الإحصاءات الدولية إلى أن هناك حوالي من ٧ – ٨ أطفال مصابون بمرض السكري (النوع الأول) في كل مائة ألف طفل بجمهورية مصر العربية، وأن نسبة الإصابة عموماً بالسكري عند الأطفال تحت سن ١٥ عاماً حوالي من ١٠ – ١٥ % من مجموع المصابين بالمرض.(National diabetes statistics, 2002)

وفي دول الخليج العربي نتيجة للتغيرات في النمو الاقتصادي، وتأثيرها في نمط الحياة والعادات الغذائية، فقد ازدادت نسبة الإصابة بالمرض، حيث تشير إحـــصاءات وزارة الصحة بالرياض إلى تزايـــد معـــدل انتـــشار نـــسبة الإصـــابة بمـــرض الـــسكري عند الأطفال، للفئة العمرية من ٥ - ١٤ سنة من عام ١٤١٧هـــ - ١٤٢٠ هــــ في مستشفيات وزارة الصحة، حيث بلغت النسبة في عام ١٤١٧هـــ ٨,١ % ووصلت النسبة في عام ١٤٢٠هـــ إلى ١١%. (وزارة الصحة،١٤٢٣هـــ)

وتشير نتائج دراسة في علم الأوبئة بالسعودية إلى وجـــود نـــسبة ١٠% مـــن الأشخاص المصابين بمرض السكري، ونسبة ١٠% أخرى يعانون من اضطراب في نسبة الجلوكوز بالسكر Glucose Tolerance Cases من مجمـــوع الـــسكان. (Alrubean,2002:25)

وتتزايد في العديد من الدول نسبة حدوث مرض الـــسكري (النـــوع الأول)، وفي بعض الدول يوجد تزايد واضح في نسبة حدوث المرض عند الأطفال تحت سن الخامسة من العمر، أي ابتداء من مرحلة التعليم، وتعرضه للضغوط النفسية والإصابة بالأمراض المعدية، كما تزداد هذه النـــسبة أيـــضاً في مرحلـــة مـــا قبـــل البلـــوغ (عند سن ١٢ سنة تقريباً). ويتساوى في ذلك الذكور والإناث. (دليل المنظمة العالمية لداء السكري لدى الأطفال واليافعين المجمع عليه عام ٢٠٠٠م باللغة العربية)

وتمثل إصابة الطفل بمرض السكري (النوع الأول) الصورة التقليدية المعروفـــة لهذا المرض، والناتجة عن توقف البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين، وما يتبـــع ذلك من اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي للمواد النشوية والدهنية والبروتينية، وظهور الأعراض الإكلينيكية، وهناك نسبة ضئيلة جداً من الأطفال قـــد تـــصاب بسكري الكبار (النوع الثاني) غير المعتمد على الأنسولين في علاجه، وغالباً هؤلاء الأطفال قد يعانون من زيادة كبيرة في أوزانهم(Behrman,et al,1992:125)

ويحتاج الأطفال مرضى السكري إلى الالتزام بسلوكيات الرعاية الذاتية، من قياسات يومية متكررة لقياس مستوى السكر بالدم، وتسجيل النتائج وحقن يومي بحقن الأنسولين، وتقيّد بنظام غذائي، وتمارين رياضية ومراجعة طبية مستمرة ومنتظمة، لضبط المرض ومنع ظهور المضاعفات المهددة للحياة على المدى الطويل، كالفشل الكلوي وأمراض الشبكية والأعصاب (Al rubean,2002: 25)

وتفرض سلوكيات الرعاية الذاتية والنظام الغذائي على الطفل المريض قيوداً ومشاعر سلبية واضطرابات نفسية، تنعكس على استجاباته نحو مهام العلاج، وعلاقاته الاجتماعية بالآخرين، سواء باخوته أو بأقربائه أو بأقرانه. (Johnson,1990:30-57)

وتشكل الإصابة بمرض السكري أزمة نفسية واجتماعية واقتصادية على الأسرة، خاصة إذا كان المصاب طفلاً أو مراهقاً، وتحتاج إلى تدخل مهني لمساعده الأسرة على استعادة توازنها وتوافقها مع التأثيرات المختلفة والمترتبة على إصابة الطفل بهذا المرض. (متولي، ١٩٩١: ٢٣٢)

وتشير العديد من الدراسات العربية والأجنبية، إلى تأثير مرض السكري في جوانب شخصية الطفل الجسمية والنفسية والاجتماعية. **ومن هذه الدراسات:**

- دراسة يوسف (Youssef,1986) التي أجرها على عينة من الأطفال المصابين بمرض السكري من سن ٥- ١٤ سنة وأشارت إلى ما يلي:

١. وجود تأخر واضح في النمو، لدى جميع أفراد عينة الدراسة، وكانت أهم مظاهر هذا التأخر قصر القامة.

٢. درجة التأخر في النمو تعتمد على عدة عوامل، أهمها حدوث المرض في سن مبكر، والمدة الزمنية للمرض، وكيفية علاجه.

وتؤكد نتائج دراسة سليم (Seleem,1989) التي أجريت على عينة من الأطفال مرضى السكري من سن ٨ - ١٥ سنة، على وجود فروق في النمو بين الأطفال المنتظمين على العلاج، والأطفال غير المنتظمين أو الذين يتناولون الأنسولين بجرعات غير كافية، كما أنه لا توجد فروق في النمو بين الأطفال الأسوياء والأطفال المصابين بمرض السكري، الذين يتناولون العلاج بصفة منتظمة.

كما تؤكد دراسة أوسلاندر وآخرين (Auslander,et al.,1991) التي أجرها على مجموعة من الأطفال حديثي الإصابة بمرض السكري المعتمد على الأنسولين تتراوح أعمارهم من ٢-١٨ سنة وجود نقص ملحوظ في نوع وكمية المعلومات الخاصة بمرض السكري، وكيفية التعايش معه لدى الأطفال المرضى وأسرهم.

وتشير نتائج دراسة (الشهري، ١٩٩٣) التي أجريت على عينة من الأطفال المصابين بمرض السكري من سن ٦-١٢ سنة، إلى:

١- ارتفاع مستوى السكر في الهيموجلوبين بنسبة ٨٧% لدى الأطفال المصابين، كما تبين أن نسبة ٧١% من الأطفال المصابين بمرض السكري لا يتبعون نظاماً غذائياً خاصاً بمرض السكري، ونسبة ٧% لا ينتظمون في تناول العلاج في عينة الدراسة.

٢- أن نسبة ٤٠% من الأطفال مرضى السكري، لديهم أعراض منها: جفاف الفم والعطش الشديد وكثرة التبول والتهاب اللثة والأسنان وضمور وتضخم الجلد نتيجة الحقن بالأنسولين، مع الإصابة بالمضاعفات نتيجة عدم الانتظام في الغذاء الدواء.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة الحفناوي (Elhefnawy,1987) على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم من ٦ - ١٤ حيث أكدت ظهور تلك الأعراض على عينة الدراسة.

في حين تشير نتائج دراسة فيفين وجينفر (Vivien&jennifer,1998) إلى تأثير العوامل النفسية في قدرة مريض السكري المعتمد على الأنسولين علـــى الالتـــزام بالإجراءات العلاجية، وقد حددت عوامل أبعاد القياس في: المعتقدات الـــصحية، المنظور للمرض، التحكم والإدراك المعرفي، وأظهرت النتائج أن إمـــداد المـــريض بالمعلومات وإدراكه لها، يزيد من معرفته بالمرض، ويؤدي إلى زيادة قدرته على الـــتحكم والالتزام بالإجراءات العلاجية،كما يغير من معتقداته الطبية ومفهومه عن المرض.

وقد استفادت الباحثة بشكل مباشر في صياغة الأعـــراض النفـــسية المرتبطـــة بالمرض ومشكلاته النفسية والاجتماعية في ضوء اطلاعهـــا علـــى العديـــد مـــن الدراسات السابقة التي تناولت تأثير المرض على الجانب النفسي والاجتماعي للطفل وأسرته. **ومن هذه الدراسات:**

دراسة عبد الله (Abdulla,1984) التي أجريت على عينة من الأطفال المرضـــى بالسكري والأطفال الأسوياء من سن ١١- ١٥ سنة، وقد أشارت نتائجهـــا إلى وجود فروق دالة بين الأطفال المصابين بالسكري والأطفال الأســـوياء في شـــكل اضطرابات نفسية كمشاعر الخوف، الاكتئاب، العصبية، القلق، الـــشك، تـــوهم المرض والحساسية المفرطة التي تتزايد لدى الأطفال المرضى بالسكري.

وتتفق تلك النتائج مع نتائج دراسة (الشهري، ١٩٩٣) على وجود مظاهر في الحالة النفسية، التي يتميز بها الأطفال المصابين بالسكري،حيث يعانون من العصبية بنسبة ٣٨% وتقلب المزاج بنسبة ٣١%.

وتشير نتائج دراسة هانسن وآخـــرين (Hanson,et al.,1987) إلى انخفـــاض مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المصابين بمرض السكري عن الأطفال الأسوياء بفروق دالة إحصائياً، كما تزداد نسبة انخفاض صورة الذات لدى الأطفال المرضى بالسكري من الجنسين، الذين انقضت فترة زمنية طويلة على إصابتهم بالمرض عن

الأطفال حديثي الإصابة بالمرض من الجنسين. كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في تقدير الذات بين الأطفال المصابين بمرض السكري من الجنسين.

كما تشير نتائج دراسة سليم (Selem,1989) إلى أن مدة الإصابة بالمرض ترتبط بوجود تدهور بسيط في القدرة اللفظية لدى الأطفال المرضى بالسكري، ويرجع هذا الانخفاض إلى أثر بعض الفترات الحرجة الحساسة، التي تتعرض لها مناطق مختلفة من المخ نتيجة الإصابة بمرض السكري.

وقد أظهرت نتائج دراسة كل من كوفاكس وآخرين (Kovacs,et al,1990) التي أجريت على عينة من الأطفال المصابين بمرض السكري تتراوح أعمارهم من (٨-١٣) والمعتمدين منذ ست سنوات على الأنسولين، ودراسة جاكوبسون وآخرين (Jacobson,etal,1990) على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم من (١١ – ١٨) سنة، أن الأطفال المصابين بمرض السكري يعانون بصفة عامة من سوء التوافق النفسي، وتزداد درجته كلما طالت مدة الإصابة بالمرض. بالإضافة إلى أعراض نفسية أخرى كالقلق، والاكتئاب، وتشويه صورة الذات لدى الأطفال المصابين بمرض السكري.

وقد أظهرت دراسة (متولي، ١٩٩١) وجود علاقة بين مستوى الدخل والتغيرات الاجتماعية التي تحدث داخل أسرة الطفل المريض بالسكري، حيث تبين أنه كلما انخفض مستوى دخل أسرة الطفل المريض بالسكري، أدى ذلك إلى زيادة التغيرات الاجتماعية، التي تؤثر في الأسرة سلباً، كما أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين مستوى دخل أسرة الطفل المريض بالسكري، وبين ظهور تغيرات ومشكلات نفسية داخل الأسرة. كما تبين من الدراسة وجود علاقة طردية موجبة بين طول فترة المرض وبين التغيرات الاجتماعية لأسرة الطفل المريض.

كما أظهرت نتائج دراسة سميث وآخرين (smith,et al,1991) أن المناخ العائلي للأطفال المصابين بمرض السكري تسوده بدرجة كبيرة الخلافات والمشاحنات والصراعات العائلية المستمرة بين كل أفراد الأسرة.

أما دراسة (أحمد، ١٩٩٣) التي أجرها على عينة من الأطفال من سن (١١-١٢) سنة، فتشير نتائجها إلى: وجود دلالة معنوية بين متوسطي درجات الأطفال الأسوياء، والأطفال المصابين بمرض السكري في دافعيتهم للإنجاز لصالح الأطفال الأسوياء، كما توجد فروق معنوية دالة بين متوسطي درجات الأطفال المصابين بمرض السكري لمدة طويلة، والأطفال المصابين بالمرض لمدة قصيرة في دافعيتهم للإنجاز لصالح الأطفال المصابين بالمرض لمدة قصيرة.

كما تشير نتائج دراسة (السنهوري، ١٩٩٦) إلى أن المرضى بأمراض مزمنة يعانون من مشكلات نفسية تتمثل في: مشاعر الخوف، والقلق والفزع، ومن مشكلات اجتماعية ترتبط باضطراب في شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية للمريض.

في حين تشير نتائج دراسة يوهافند وآخرين (Yahavand,etal,2002) إلى تأثير الأعراض المرضية للطفل في العلاقة الزوجية لوالديه، حيث تعكس آثارها السلبية على التكامل النفسي داخل الأسرة، وظهور درجة عالية من التوتر بالإضافة إلى ظهور أنماط من الاضطرابات النفسية داخل العلاقات الأسرية.

وقد أجرت الباحثة دراسة استطلاعية في شهر شعبان لعام ١٤٢٣هـ على عدد من مستشفيات منطقة الرياض بأقسام الأطفال مرضى السكري (مستشفى السليمانية للأطفال، مستشفى الملك عبد العزيز الجامعي، مستشفى الملك فهد بالحرس الوطني، مستشفى قوى الأمن). وذلك بهدف التعرف على نوعية المشاكل، التي تواجههم في ضبط نسبة السكر بالدم، عن طريق المقابلات المفتوحة، مع الفريق العلاجي من الأطباء المعالجين ومثقفات السكر والأخصائيات الاجتماعيات.

واتضح ما يلي:

- وجود مشكلات تتعلق بالالتزام بالعلاج ومتطلباته، كعدم استجابة الطفل لإرشادات الطبيب أو الوالدين، من حيث العلاج بحقن الأنسولين، التغذية السليمة، إجراء التحاليل، المواظبة على المتابعة...إلخ.

- تنوع استجابات الوالدين نحو مرض طفلهم، بين الاعتناء الزائد بالطفل، وتفضيله على إخوته، وتدليله... مما يشعره بأنه مريض وغير طبيعي، علاوة على غيرة إخوته وكراهيتهم له، لعدم إدراكهم الدافع إلى ذلك، أو الإهمال للطفل نظراً لاحتياجه للرعاية المستمرة.
- ظهور بعض الأعراض النفسية لدى الأطفال نتيجة الإصابة بالمرض، كالمخاوف والقلق والعصبية وتقلب المزاج...إلخ.
- أهمية التوجيه والتعليم للمرضى وأسرهم، وإمدادهم بالمعلومات عن العلاج والتغذية، والتدريب على المهارات: (كحقن الأنسولين، قياس نسبة السكر، استعمال قوائم البدائل الغذائية) لمساعدتهم على التعايش مع المرض.
- أهمية التوجيه والإرشاد للأطفال المرضى وأسرهم في كيفية التغلب على المشكلات المتنوعة التي تواجههم.
- استجابة بعض المستشفيات لاقتراح الباحثة بتصميم وتنفيذ برنامج تأهيلي للطفل وأسرته، يكون نموذجاً علاجياً يمكن تطبيقه في هذا المجال.

وتؤكد نتائج الدراسات السابقة والدراسة الاستطلاعية في أن:

١- الانتظام في العلاج يقلل من أعراض ومضاعفات المرض، ويجعل نمو الجسم مساوياً لنمو جسم الأصحاء.

٢- إمداد الطفل المريض وأسرته بالمعلومات الطبية عن المرض وإجراءاته العلاجية، يؤدي إلى زيادة قدرته على التحكم والالتزام بالعلاج.

٣- ظهور مظاهر واضطرابات نفسية لدى الأطفال المصابين بمرض السكري، كمشاعر الخوف، الاكتئاب، العصبية، القلق، الشك، تقلب المزاج، توهم المرض، الحساسية المفرطة...إلخ. بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي وتشويه صورة الذات.

٤- ظهور مشكلات اجتماعية لدى الأطفال المصابين بمرض السكري وأسرهم، تتمثل في سوء شبكة العلاقات الاجتماعية والصراعات العائلية.

ويتضح من نتائج الدراسات السابقة ونتائج الدراسة الاستطلاعية، أهمية التدخل العلاجي لخدمة الفرد للتخفيف من حدة المشكلات المترتبة على إصابة الطفل بمرض السكري، لتأهيله اجتماعياً - خاصة أن معظم الأبحاث السابق عرضها مرتبطة بتخصصات مختلفة - بالإضافة إلى قلة البحوث والدراسات في الخدمة الاجتماعية، مما وجه الباحثة إلى اختيار موضوع الدراسة في مجال التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع مشكلات المرض والآثار المترتبة على الإصابة به.

وقد استخدم العلاج المعرفي السلوكي بفاعلية في علاج العديد من المشكلات المتعلقة بالأطفال، فعلى سبيل المثال لا الحصر: تم استخدامه مع حالات الأطفال ضعاف العقول لتعديل سلوكهم اللاتوافقي (إبراهيم،١٩٩٠). ومع حالات الأطفال لتعديل سلوكهم العدواني (رشوان،١٩٩١). ومع حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال (الكواري، ١٩٩٧) ومع الأطفال المرضى بالقلب لتعديل أسلوب حياتهم (محمد، ١٩٩٩). ومع حالات الأحداث الجانحين لتقليل حدة المشكلات السلوكية. (عبد المجيد،٢٠٠١)

وقد اختارت الباحثة التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) باستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي لتأهيلهم اجتماعياً للتعايش مع المرض وإجراءاته العلاجية، وتتبلور أبعاد التأهيل الاجتماعي في: خفض حدة المشكلات الطبية، خفض حدة المشكلات النفسية، التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

وبناءً على ذلك فقد تحددت مشكلة الدراسة في:

قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) Type 1 لتأهيلهم اجتماعياً.

ثانياً: أهداف الدراسة

١- تهدف هذه الدراسة إلى قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) لتأهيلهم اجتماعياً، من حيث:

أ- قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) في خفض حدة المشكلات الطبية.

ب- قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) في خفض حدة المشكلات النفسية.

ج- قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) في التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

٢- التوصل إلى نموذج للتدخل المهني لطريقة خدمة الفرد من منظور العلاج المعرفي السلوكي، في المجال الطبي للأمراض المزمنة، التي تصيب الأطفال بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة.

ثالثاً: فروض الدراسة

الفرض الرئيس:

يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى تأهيلهم اجتماعياً.

الفروض الفرعية:

- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض حدة المشكلات الطبية.

- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض حدة المشكلات النفسية.
- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

رابعاً: مفاهيم الدراسة

١- التدخل المهني Professional Intervention:

التدخل Intervention هو التوسط بين مجموعة من الناس، أو في الأحداث، وفي التخطيط للأنشطة،وحل الصراعات الداخلية للفرد. وفي الخدمة الاجتماعية يستخدم مصطلح التدخل كمرادف لمصطلح العلاج عند الأطباء. ولكن يفضل الأخصائيون الاجتماعيون استخدام مصطلح التدخل على العلاج لأنه يشتمل على الكثير من الأنشطة الأخرى، حيث يستخدم في حل المشكلات والوقاية منها، أو في تحقيق أهداف لتحسين الجوانب الاجتماعية، ويشير إلى العلاج النفسي، الدفاع، التوسط للإصلاح بين الأطراف، التخطيط الاجتماعي، تنظيم المجتمع، إيجاد وتنمية الموارد، والكثير من الأنشطة الأخرى. (Barker ,1995:195)

ويعرف ليون بيرج (Lowenberg,1993: 14-16) التدخل المهني بأنه: مجموعة من الجهود المهنية، تترجم إلى برامج مقننة، وموجهة لتحقيق أهداف، تحكمها أخلاقيات وقيم ومعارف ومهارات الممارسة، التي تم اكتسابها من خلال العمل بطرق الخدمة الاجتماعية المختلفة.

أما باركر فيعرف التدخل المهني (Barker ,1995: 289) بأنه: التدخل المباشر والموجه بالمعرفة العلمية والقيم، الذي يعتمد على أساليب ومهارات لتحقيق أهداف محددة.

المفهوم الإجرائي:

تقصد الباحثة بالتدخل المهني لخدمة الفرد: أنه التدخل العلاجي المباشر مع الأطفال المصابين بمرض السكري، باستخدام الأساليب الفنية للعلاج المعرفي السلوكي. مثل: (إعادة البناء المعرفي، التعلم الذاتي، بعض أساليب العلاج السلوكي كالتدعيم...) من خلال إعداد برنامج لتأهيلهم اجتماعياً، يتضمن الأبعاد التالية:(خفض حدة المشكلات الطبية، خفض حدة المشكلات النفسية، التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية).

ويستند التدخل المهني في هذه الدراسة على أسس ومفاهيم العلاج المعرفي السلوكي، بتطبيق بعض أساليبه العلاجية التي تناسب المرحلة العمرية للأطفال مرضى السكري النوع الأول، ويعتمد على المراحل التالية:

المرحلة الأولى: مرحلة تقدير الموقف Assessment Phase

وهي المرحلة التي يقوم فيها الأخصائي الاجتماعي بالتحديد الدقيق للمشكلة أو السلوك المراد تغييره أو تعديله، والذي يتمثل في اتجاهات العميل أو مشاعره واستجاباته أو أفكاره ومعتقداته أو ظروفه البيئية. (Bloom&Fischer,1982: 54-56)

وفي هذه المرحلة تقوم الباحثة بقياس أبعاد الموقف الإشكالي، أو السلوك المراد تغييره أو تعديله، والذي يعد بمنزلة المتغير التابع. وتهدف هذه المرحلة إلى:

- تحديد المشكلات التي تؤثر في التزام الطفل مريض السكري بسلوكيات العلاج.
- تحديد أنواع السلوك المراد تعديله، أو تغييره، والذي يتمثل في الاتجاهات، أو المشاعر والاستجابات والأفكار والمعتقدات نحو سلوكيات الرعاية الذاتية لعلاج المرض.

ويتم ذلك عن طريق إعداد مقياس للمشكلات، ودليل ملاحظة لسلوكيات العلاج، وإعداد سجل فردي لكل طفلة من عينة الدراسة، يتضمن التالي:

- بيانات أولية عن الطفلة وأسرتها.
- نتائج القياس القبلي لكل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، ودليل الملاحظة لسلوكيات العلاج.
- تسجيل ملاحظات الباحثة، لسلوك الطفلة في كل مقابلة جماعية وعمليات التفاعل والتغير أثناء أدائها للنشاط الجماعي لبرنامج التدخل مع التركيز على الحالة الفردية.
- التسجيل لمحتوى المقابلات الفردية.
- التسجيل لمحتوى المقابلات الجماعية.

المرحلة الثانية: مرحلة التدخل المهني Intervention Phase وتتطلب أمرين:

الأول: تحديد أهداف التدخل المهني، أي: اختيار الطرق الملائمة للتدخل المهني، وتحديد تقنيات الممارسة، وأساليبها التي تحقق الأهداف المنشودة.

الثاني: التعريف الدقيق للتدخل المهني، أي: اختيار النماذج والأساليب التي سوف تستخدم في الموقف المشكل أو السلوك. (Nelson,1984:5)

وتتضمن هذه المرحلة ما يلي:

- تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري، من خلال المقابلات الجماعية، باستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي المناسبة، لكل جانب من عناصر مضمون البرنامج (التعليمي للمرض، والجانب النفسي، والجانب الاجتماعي) التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها عن طريق استخدام الوسائل التوضيحية والأشرطة التعليمية، والأنشطة التثقيفية، وتنفذ باتباع الخطوات التالية:

- التمهيد لنمو العلاقة المهنية مع كل من الطفلة والأم، وذلك من خلال المقابلات الفردية والجماعية، والتعاقد بأخذ الموافقة على التحاق أطفالهن بالبرنامج.
- تنفيذ محتويات البرنامج، وذلك من خلال الاجتماعات والمقابلات الجماعية المشتركة مع كل من الطفلة والأم، والمشاركة في عمليات التفاعل من خلال الأنشطة التي تمارس أثناء البرنامج.
- ممارسة أساليب العلاج المعرفي السلوكي، مع المواقف الفعلية التي تظهر أثناء عمليات التفاعل، من خلال تنفيذ محتويات البرنامج في الاجتماعات الجماعية، والتركيز على كل طفل داخل الجماعة.
- تسجيل الملاحظات أثناء التفاعل داخل الجماعة.

المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء التدخل والتقويم Termination phase **وتتضمن:**

- التمهيد لإنهاء العلاقة المهنية مع الأطفال.
- التعرف على عائد التدخل المهني من خلال:

أ- إعادة تطبيق المقياس للتعرف على فروق القياس القبلي/ البعدي.

ب- إعادة تطبيق دليل الملاحظة للتعرف على فروق القياس القبلي / البعدي.

ج- تحليل المحتوى لكل من:

المقابلات الفردية مع الطفل والأم.

المقابلات الجماعية لاجتماعات برنامج التدخل مع الأطفال.

المقابلات الجماعية لاجتماعات الأمهات.

٣-العلاج المعرفي السلوكي **Cognitive Behavior Therapy**

يعرف كلٌ من هولن وبيك (Hollon&Beck,1994:432) العلاج المعرفي السلوكي بأنه:"المدخل الذي يحاول تعديل الاضطرابات الحالية، أو المتوقعة، من خلال التعديل الفعال للإدراك، أو العمليات المعرفية".

كما يعرفه كلٌ من نيوريز وبيرلين (Nurius&Berlin,1995:513) بأنه:"عملية الإدراك الاجتماعي التي تشير إلى طرق أو أساليب النـــاس في الإدراك والتفـــسير والتذكر وتطبيق المعلومات عن أنفسهم والحياة الاجتماعية".

ويعرفه مليكه بأنه: "منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خـــلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل". (مليكه، ١٩٩٠: ١٧٤)

ويعرفه كلٌ من جروســـر وســـافورد (Grosser&Sapafford,1995:49) بأنـــه: العلاج الذي يهدف إلى تصحيح الأفكار الخاطئة للمرضى عن عالمهم وأنفـــسهم، بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك (كما هو الحال بالعلاج السلوكي التقليـــدي). حيث يهدف المعالج المعرفي السلوكي إلى تغيير طريقة المريض في التفكير وتعـــديل سلوكه تجاه حالته المرضية.

ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على فرضية مؤداها أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها. فسلوك الفرد يتـــأثر بجوانـــب أنـــشطته المختلفة، التي توجه بتكوينات متنوعة مثل:الاستجابات الفسيولوجية، وردود الفعل الوجدانية، والمعارف والتفاعلات الاجتماعية الخاصة بعلاقاتـــه مـــع الآخـــرين. (الشناوي،١٩٩٤: ١٢٦)

ويرتكز العلاج المعرفي السلوكي على تغيير الأشياء التي يقولها العميل لنفـــسه، أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو غير مباشر (ضمني).الأمر الـــذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية، بدلاً من السلوك والانفعالات غير التكيفيـــة، وبذلك فالعلاج يرتكز على تعديل التعليمات الذاتية، التي يحـــدث بهـــا العمـــلاء أنفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع المواقـــف والمـــشكلات الـــتي تـــواجههم. (الشناوي،١٩٩٤: ١٣٩)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من المداخل العلاجية في خدمة الفرد، والـذي ثبتت فاعليته في التعامل مع الأفكار غير المنطقية، والانفعـالات غـير المنـضبطة، والسلوكيات الخاطئة، ويهدف هذا المدخل إلى تصحيح أفكار العميـل وتعـديل سلوكه، وربطه بالواقع والحاضر، وتدعيماً لمسؤولياته ليتفاعل بإيجابيـة في ضـوء انفعالات رشيدة، وأفكار عقلانية، وسلوك سوي. (عوض، ١٩٩٥: ٢٦٠)

المفهوم الإجرائي

مدخل علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر، من خلال التـأثير في عمليـات التفكير، لدى الطفل المصاب بمرض السكري، بهدف التعديل الفعـال لعمليـات الإدراك، والجوانب المعرفية المرتبطة بالمرض وإجراءاته العلاجية، ممـا يـؤدي إلى إحداث تغييرات في سلوكه، وذلك باستخدام الأساليب الفنيـة للعـلاج المعـرفي السلوكي، المناسبة للمرحلة العمرية (٨-١٢).

٣- الأطفال مرضى السكري Diabetes Mellitus with Children (مرحلة الطفولة المتأخرة):

يعرف مرض السكري Diabetes mellitus بأنه: مجموعـة أمـراض تتميـز بارتفاع مستويات نسبة السكر في الدم الناتجة عن نقص إفراز الأنسولين، أو فعـل الأنسولين، أو الاثنين معاً، ويرتبط مرض السكري بمضاعفات خطـيرة والمـوت المبكر، ولكن يمكن السيطرة على المرض وخفض مخاطره بأخذ خطوات علاجيـة (American Diabetes Association, 2000) ويصاب الأطفال بمرض الـسكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين، والذي تختلف الإصابة به عـن الإصـابة بالنوع الثاني، من حيث الأسباب والتوقيت.

أما مرحلة الطفولة المتأخرة، فهي المرحلة التي تقع ما بين سـن ٨-١٢ سـنة، وتتميز بزيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح، وبتعلم المهارات اللازمة لـشؤون

الحياة، وتعلم المعايير الخلقية، والقيم، وتكوين الاتجاهات، والاستعداد لتحمل المسؤولية، وضبط الانفعالات. (زهران، ١٩٩٠: ٢٦٤)

المفهوم الإجرائي لأطفال مرضى السكري (النوع الأول)

تحدد الباحثة المفهوم الإجرائي للأطفال مرضى السكري (النوع الأول) الأطفال الذين تقع أعمارهم ما بين ٨-١٢ سنة، حديثي الإصابة بمرض السكري، و المترددين على عيادة الأطفال في مستشفى قوى الأمن بمنطقة الرياض.

٤- التأهيل الاجتماعي Social Rehabilitation

الأصل اللاتيني لكلمة تأهيل Rehabilitation to restore هو يعيد، يحيي، يرمم، يعوض، يشفي، تعطي الكثير من المعنى الشامل لكلمة تأهيل.

ويُعرف التأهيل بأنه: "إعادة للحالة السوية وتوظيف للقدرات بهدف الوصول إلى وضع مرضي بقدر الإمكان". ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون هذا المصطلح مع حالات الإعاقة الناتجة عن الحوادث، وحالات المرض، واضطرابات الأداء بصفة عامة، وتقدم عملية المساعدة من خلال المستشفيات، والمؤسسات، والعيادات، والمدارس،والسجون، وتتم عملية المساعدة في العديد من الجلسات، التي تتضمن العلاج الجسمي،والعلاج النفسي، والتدريب، وتغيير أسلوب الحياة. (Barker,1995:319- 320)

ويرى سوليفان (Sullivan,1995:1958-1959) أن التأهيل عملية استرجاع للحالة الجسمية والعقلية والمهنية والمكانة الاجتماعية إلى وضع مرضي، إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض متضمنة الأمراض العقلية، - ولا يعني هذا أن تعود الحالة تماماً إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض - وفي نفس الوقت قد تتضمن عملية التأهيل علاجاً للناحية الجسمية والنفسية لتحقيق أهداف محددة.

ويسعى التأهيل النفسي الاجتماعي Psychsocial Rehabilitation للمرضى بأمراض مزمنة، إلى تحسين نوعية الحياة Quality of life عن طريق إعادة للحالة

الصحية المستقرة Restoration of stable health، ونظرة إيجابيـــة positive out look، وعلاقـــات شخـــصية ذات معـــنى meaning personal relationships، ونشاطات تحقق إشباعاً rewarding activity (Sullivan,1995:1955)

ويرى كنان وآخرون (Cnaan,et al,1992:95-119) التأهيل بأنــه: عمليـــة معقدة تتطلب تركيز وتضافر جهود عديدة متخصصة، وتـــرتبط بمجموعـــة مـــن المبادئ التي من أهمها:

أ- تقدير الموقف Assessment ويتضمن تحديد وتعريف للمشكلات الـــتي تتطلب حلاً. An identification of problem which require solution

ب- وضع برنامج عمل إيجابي A program of positive action.

ج- عملية تقييم An evaluation process لبرنامج التأهيل.

د- متابعة تحقق عائداً Follow-up with feedback.

المفهوم الإجرائي

التأهيل الاجتماعي للطفل مريض السكري (النوع الأول) هو: عملية تهـــدف إلى تنمية القدرات وإكساب المعارف والمعلومات، التي تساعد على فهم المـــرض، وتقبل الالتزام بإجراءات العلاج، وذلك من خلال وضع برنامج تـــأهيلي يـــساعد الطفل المريض وأسرته على مواجهة المشكلات الصحية والنفـــسية والاجتماعيـــة المترتبة على الإصابة بالمرض، ويحقق الأهداف العلاجية، ويساعد على تحسين نوعية حياة الأطفال المرضى بالسكري.

الفصل الثاني

المنظور الطبي لمرض السكري (النوع الأول) لدى الأطفال

مقدمة:

أولاً: تعريف مرض السكري.

ثانياً: التصنيفات الإكلينيكية لمرض السكري.

ثالثاً: التصنيف الطبي للأعراض المرضية.

رابعاً: تشخيص مرض السكري لدى الأطفال.

خامساً: مضاعفات مرض السكري لدى الأطفال.

سادساً: النظام العلاجي للأطفال مرضى السكري.

مقدمة

يقوم الجسم أثناء عملية هضم الطعام بحرق الكربوهيدرات Carbohydrate من نشويات وسكريات وتحويلها إلى جزئيات سكر مختلفة، أحد هذه الجزئيات الجلوكوز Glucose الذي يعتبر العامل الرئيسي للطاقة Energy التي يحتاجها الجسم لكي يقوم بوظائفه الفسيولوجية على أكمل وجه، ويتم امتصاص الجلوكوز بشكل مباشر بواسطة الدم Blood وينتقل إلى خلايا الجسم ليستعمل في إنتاج الطاقة، ويعتبر هرمون الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس المنظم الرئيس لمستوى الجلوكوز في الدم Blood sugar glucose وفي إدخال الجلوكوز إلى خلايا الجسم المختلفة.

وفي حالة عدم قدرة الجسم على حرق السكر في الدم تحدث مشكلة إما بسبب نقص الأنسولين كما هو في النوع الأول لمرض السكري، أو بسبب نقص فاعليته كما هو في النوع الثاني،أو الاثنين معاً، فيتراكم السكر في الدم بكميات كبيرة ويخرج عن طريق البول، ويحدث ما يسمى بالبول السكري Diabetes Mellitus

ويشكل مرض السكري المعتمد على الأنسولين مشكلة صحية كبيرة في العديد من الدول المتقدمة والنامية على حد السواء (Ganong,1997:325). ولا يكون مرض السكري بمفرده ولكنه مجموعة من العناصر المتغايرة بسبب اضطرابات واضحة في أي من الأنماط الوراثية، بالإضافة إلى المسببات المرضية والآليات العضوية المرضية التي تؤدي إلى ضعف تحمل الجلوكوز (اختلال في هضم السكر) .(American diabetes association, 1997:1184).

وسيتناول هذا الفصل: المنظور الطبي لمرض السكري لدى الأطفال، ويتضمن: تعريفاً لمرض السكري والتصنيف الإكلينيكي لمسمياته العلمية، والتصنيف الطبي لأعراضه المرضية، ثم سنوضح التشخيص الطبي للمرض، ومضاعفاته المزمنة لدى الأطفال، والنظام العلاجي للمرض.

أولاً: تعريف مرض السكري Definition Of Diabetes mellitus

يعرف مرض السكري بأنه: مجموعة من الاضطرابات الأيضية تتميز بارتفاع مزمن في مستوى سكر الدم Hyperglycemia نتيجة خلل في إفراز الأنسولين Defects in insulin secretion أو فعل الأنسولين Insulin action أو الاثنين معاً (American diabetes association , 2004:s5)

والأنسولين Insulin هرمون تفرزه خلايا بيتا في جزر لانجر هانس Islets Of Langherhans Beta- Cells في البنكرياس Pancreas، وهو مركب بروتيني يتكون من سلسلتين من الأحماض الأمينية Amino acids مرتبطتين بروابط كيميائية بعد أن تنفصل منه سلسلة سي ببيتتد C Peptide حتى يصبح فعال ويمر بالكبد ويصب مباشرة في الدم، ومن أهم وظائفه مساعدة الخلايا على امتصاص الجلوكوز من الدم والتعامل معه فسيولوجياً وأكسدته وتحويله إلى طاقة وثاني أكسيد كربون وماء، لمساعدة الجسم في عملياته الحيوية لاستمرارية الحياة. وفي حالات المرضى بالسكري يكون معدل الأنسولين في الدم أقل من الطبيعي، أو أن الخلايا لا تستطيع أن تتعامل معه، بسبب اضطراب في مستقبلات الأنسولين في هذه الخلايا فيرتفع سكر الدم عن المعدل الطبيعي .www.diabetes.org.nz.html

ثانياً: التصنيفات الإكلنيكية لمرض السكري Clinical Classifications

أعلنت المنظمة الأمريكية للسكري في بوسطن عام ١٩٩٧م ثلاثة تصنيفات رئيسة لمرض السكري على حسب مسببات المرض، وبدون الاعتماد على مراحل العمر، أو أنواع العلاج وأنواع أخرى متعددة من اضطراب الكربوهيدرات، وفي التصنيف الجديد لا يوجد اختلاف بين المسببات الأولية أو الثانوية للمرض.

١- **المسببات الأولية Primary وهي نوعان:** نوع يظهر في سن مبكرة ويعتمد علاجه على الأنسولين Insulin- Dependent ويسمى النوع الأول Type 1، والنوع الثاني: يظهر في أعمار متقدمة وغير معتمد في علاجه على الأنسولين non-insulin-Dependent ويسمى النوع الثاني Type 2.

٢- المسببات الثانوية Secondary من المرض تحدث بسبب الإصابة ببعض الأمراض التي تصيب غدة البنكرياس وتقلل من قدرتها في أداء وظيفتها. (American diabetes association, 1997:1183)

١- النوع الأول لمرض السكري Diabetes Type 1 ويسمى سابقاً المعتمد على الأنسولين Insulin-Dependent

ويحدث نتيجة للعجز الكلي في إفراز هرمون الأنسولين، وينتج هذا العجز بسبب تدمير مناعي تلقائي a cellular-mediated autoimmune destruction لخلايا بيتا في البنكرياس of the B-cells of the pancreas التي تفرز هرمون الأنسولين وبالتالي يؤدي إلى نقص تام في الأنسولين وتشكل نسبة الإصابة به حوالي من ٥-١٠% من حالات المصابين بالمرض. (American diabetes association,2004:s6)

وتقع أعلى نسبة في انتشار المرض في مجموعتين من العمر: المجموعة الأولى من ٥-٧ سنوات والمجموعة الثانية في سن البلوغ من ١١- ١٣ عاماً، وعلى الرغم من ذلك هناك أعداد من المرضى يصيبهم المرض في سن الرضاعة من سنة إلى سنتين. (American diabetes association, 1997:1183)

وتشير إحصاءات الجمعية الأمريكية لمرض السكري عام ١٩٩٦م إلى أن أعلى معدلات الإصابة بمرض السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين تصل إلى قمتها عند الإناث في سن ١٠-١٢ سنة، وعند الذكور في سن ١٢-١٤

سنة وتستقر النسبة طـــوال ســـنوات عمـــر الدراســـة. (American diabetes Association,1996:15-19)

وتتوافق الذروة الأولى عند بداية دخول المدرسة من سن ٥-٧ سنوات، ومـــع الوقت الذي يزيد فيه التعرض للالتهابات، وتتزامن الذروة الثانية مع فترة البلـــوغ من ١١-١٣ عاماً حيث ترتبط في زيادة إفراز هرمونات البلوغ التي تضاد عمـــل الأنسولين، بالإضافة إلى الضغوط النفسية المصاحبة لمرحلة البلوغ. (American diabetes association, 1997:1186)

ويحدث بسبب عاملين رئيسين:

أ- **خلل في الجهاز المناعي Immune-mediated** ويكون نتيجة لتدمير خلايا بـــسبب اســـتعداد وراثـــي لجينـــات متعـــددة Multiple genetic predisposition، وأيضاً بـــسبب تـــأثير العوامـــل البيئيـــة Related to environmental factors في ظهور المرض الصامت Still poorly defined

ب- **أسباب مرضية غير معروفة Idiopathic** بعضها لا تعرف مـــسبباتها، و هؤلاء المرضى بعضهم يستمر Permanent insulinopenia لديهم نقص الأنسولين فيكونون عرضه لظهور الكيتونـــات Prone to ketoacidosis (American diabetes association,2004:s6)

وبالرغم من أن أسباب الإصـــابة بـــالمرض غـــير معروفـــة بالـــضبط، إلا أن نتائج الدراسات تشير إلى التفاعل الـــسلبي بـــين كـــل مـــن العوامـــل الوراثيـــة Hereditary Factors والعوامـــل البيئيـــةEnvironmental Factors للمـــرض. (Jones&Gill,1997:4)

وتشير نتائج الدراسات على التوائم إلى أن المكون الـــوراثي مـــسؤول عـــن ٣٠-٤٠% من حالات مرض السكري المعتمد على الأنسولين، ولا تعتمد وراثـــة المرض على جين واحد وإنما على عدة جينات. (Davies,etal,1994:135)

ويشير كال وآخرون (Kall,&Huddle,etal,1993:552-562) إلى تأثير العرق على الجينات، والتغذية والإصابة ببعض الأمراض الفيروسية مثل (الغدة النكافية) على أسباب الإصابة بمرض السكري، حيث تبين أن السود تتأخر لديهم الإصابة بالمرض مقارنة بالبيض.

والاستعداد الوراثي تظهره عوامل مكتسبة من البيئة، ويختلف تماماً عن الاستعداد الوراثي في النوع الثاني من مرض السكري، ولا يزال الاهتمام بدراسة العوامل البيئية قليلاً رغم أن عوامل الإصابة تعتمد بشكل كبير عليها. (Atkinson,&Maclaren,1994:1433)

ويحدد فوهلمان وفريمان (Fohlman&Friman,1993:569-574) العوامل البيئية: بالعدوى Infection خصوصاً التي تحدث نتيجة الإصابة بالفيروسات مثل: فيروس كوكساكي Coxsaekie وفيروسات أخرى. وترجع أسباب الإصابة بالفيروسات لاختلاف المواسم حيث يكثر انتشار الفيروسات في فصل الخريف والشتاء، ولذلك تزيد من انتشار الإصابة بسبب تزايد انتشار الفيروسات في هذه الفصول من السنة. (Atkinson&Maclaren,1994:1428-1436)

ويرى (Virtane&Ylonen,etal,1993:1786-1790) أن الالتهابات الفيروسية والسموم الكيماوية في الطعام، والتعرض المبكر لحليب الأبقار المحتوي على bovine albumin تتفاعل مع جينات محددة ومضادة لخلايا بيتا فتسبب الإصابة بمرض السكري من النوع الأول.

كما قد يؤدي التعرض إلى الضغوط النفسية Psychological Stress مع وجود الاستعداد الوراثي إلى الإصابة بالمرض. (Clayton,&Holly,etal,1994:517-524)

٢ – النوع الثاني لمرض السكر **Diabetes Type 2** وسابقاً يسمى غـير المعتمـد على الأنسولين **Non-Insulin-Dependent**.

ويحدث بسبب ضعف فعالية الأنسولين في التمثيل الغذائي، وخاصـة تمثيـل الجلوكوز نتيجة لمقاومة الخلايا لعمل الأنسولين Resistance to insulin action، أو لتباطؤ البنكرياس في إفراز الأنسولين، أو الاثنين معاً، وتقدر نسبة الإصابة بـه بحوالي من ٩٠ – ٩٥% (American Diabetes Association,:2004: s5-s6)

ومن أسباب حدوثه ما يلي:

السمنة المفرطة، والاضطرابات النفسية الحادة التي قد تسبب خللاً في التمثيـل الغذائي للجلوكوز. (Turner,&Millns,etal,1998: 823-828) (Mayfild,1998:1369-1370)

ويشيع حدوثه بين الكبار وحالات السمنة والأفراد الكسالى، الذين لا يمارسون النشاط الرياضي في حياتهم، وقد يصاب به الأطفال، ونادراً ما يحدث قبـل سـن البلوغ. www.diabetes.org.nz/whatis.html

٣ـ سكري الحمل Gestational Diabetes Mellitus

– ومن الأنواع المسببة لمرض السكري Other Specific Types ما يلي:

- خلل جيني في خلايا بيتا Genetic defects of beta cell function.
- خلل جيني في عمل الأنسولين Genetic defects in insulin action.
- أمراض في البنكرياس Diseases of the exocrine Pancreas.
- خلل في الغدد Endocrinopathies.
- المواد الكيماوية أو تناول الأدوية Drugs or chemicals.
- التهابات فيروسية Infections.

- أنواع غير شائعة من مرض السكري المناعي -Uncommon forms of immune
mediated diabetes مثل متلازمة ستيف مان stiff man" syndrome بعض
الأمراض الجينية المصاحبة لمرض السكري Other genetic syndromes
associated with diabetes مثل متلازمة داونز Downs syndrome
(American diabetes association, 1997:1183)

ثالثاً: التصنيف الطبي للأعراض المرضية Clinical Manifestations

تعكس الأعراض المرضية نتائج الحالة التي وصلت إليها خلايا الجسم من امتناع حصولها على السكر، وكذلك في محاولات الكلى لخفض مستوى سكر الدم المرتفع، وتشمل أعراضاً عامة وهي: العطش الشديد Thirst، كثرة التبول Polyuria كمية وعدداً ليلاً ونهاراً، فقدان الوزن Weight loss، التعب Fatigue. وأعراضاً ثانوية مثل: التشنجات Cramps، الإمساك Constipation، عدم وضوح الرؤية Blurred vision، التهابات جلدية Skin sepsis، وفي الحالات الشديدة التي تصل إلى الكيتونات Ketoacidosis وظهور رائحة الأستون، فتتمثل الأعراض في:الغثيان Nausea، القيء Vomiting، الدوخة Drowsiness،الآم بالبطن Abdominal pain وتكون مشابهة لأعراض التهاب الزائدة اضطراب بالمخ قد يؤدي إلى غيبوبة Coma. (Jones&Gill,1997:5)

ويرى (Jones&Gill,1997:1) أن الأحماض الكيتونية Ketoacidosis مسؤولة عن الأعراض الأولى، وفي عرض لحالات مرضى سكري مصابين حديثاً بالمرض في أوروبا وأمريكا وجد أن نسبة حالات المرضى من ١٠-١٥% لديهم أعراض ارتفاع الكيتون في الدم.

رابعاً: تشخيص مرض السكري لدى الأطفال Diagnosis Of diabetes Mellitus in children:

الحالة الطبيعية لنسبة السكر في الدم للشخص وهو صائم تكون نسبة سكر الدم أقل من ١١٠ ملجم /دسل(6.1 mmol/L) ويستند الأطباء على تشخيص مرض السكري عند الأطفال على ما يلي:

١- التاريخ المرضي للحالة، وظهور الأعراض التالية: (كثرة التبول، العطش الشديد، شرب كميات كبيرة من الماء، الشعور بالتعب، فقدان الوزن).

٢- الكشف السريري عل الطفل، وإجراء التحاليل المخبرية لعينات من البول والدم. فإذا كانت نسبة سكر الدم حوالي ١٢٦ملجم /دسل، أو حوالي ٢٠٠ملجم/دسل يكون هذا كافياً للتشخيص.

وفي حالات نادرة يستخدم اختبار تحمل الجلوكوز Glucose Tolerance Test (G.T.T) في حالة الشك بالمرض، وعدم ظهور الأعراض، وذلك بأخذ عينة عشوائية من دم الطفل وهو صائم، فإذا كانت نتيجة نسبة السكر بالدم أعلى من ١٢٦ ملجم /دسل (7.0 mmol/L) يعاد التحلل بعد ساعتين من تناول الوجبة، فإذا كانت النتيجة أعلى من ٢٠٠ ملجم /دسل (11.1 mmol/L) تأكد التشخيص. (American diabetes association, 1997:1185)

خامساً: مضاعفات مرض السكري لدى ا لأطفال Complications of diabetes in children

يشكل الاضطراب المزمن في عملية تنظيم السكر والدهون في الدم عاملاً رئيساً في حدوث مضاعفات صحية لدى المرضى، وقد ارتبط مرض السكري بالعديد من الأمراض التي تهدد حياة الكثير من المصابين فيه، خاصة تلك التي تتعلق بالأوعية الدموية مثل تصلب الشرايين، ومن غير المعتاد أن تظهر إشارات غير عادية في

جسم المريض بالسكري حديث الإصابة بالنوع الأول، رغم ملاحظة لفقدان الوزن، وفي بعض الأحيان وجود التهابات جلدية، فهم عكس مرضى النوع الثاني من مرض السكري حديثي الإصابة، حيث تظهر المضاعفات قبل فترة قصيرة، وعادة ما تكون بين أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع أو أقل (Balies,2002:266-267)

ويتعرض مرضى السكري إلى مضاعفات بسبب عدم ضبط نسبة السكر بالدم نتيجة لانعدام التوازن بين جرعة الأنسولين وكمية الغذاء اليومي وممارسة التمارين البدنية،أو بسبب الإصابة بأمراض أخرى حادة، وتتمثل هذه المضاعفات فيما يلي:

١- المضاعفات الحادة وتحدث:

- الانخفاض الحاد في نسبة السكر بالدم Hypoglycemia
- الارتفاع الحاد في نسبة السكر بدون كيتونات Hyperglycemia
- الحموضة السكرية الكيتونية Diabetic Ketoacidosis (Balies,2002:266-267)

وفي الدول الغربية تمثل نسبة حالات الكيتونات ٥- من ١٠% وذلك بسبب الاهتمام الطبي بأعراض مرض السكري. (Jones&Gill,1997:5)

وترتفع هذه النسبة في دول العالم الثالث نتيجة تأخير التشخيص حيث تصل النسبة من ٢٥ -٥٠%، حيث أن الاكتشاف المبكر لأعراض المرض يؤخر من حدوث المضاعفات نسبياً إلى أبعد حد، وذلك بسبب البداية الطبية السريعة نسبياً في الأمراض. (Atkinson&Maclaren,1994:1434).

٢- المضاعفات المزمنة وتحدث:

بسبب تغُيرات في الأنسجة التي مع مرور الزمن تعيق بعض الأعضاء عن أداء وظائفها، ووفقاً لحجم الأوعية المصابة Balies,2002:266-267)، فقد جرى تقسيم هذه المضاعفات إلى نوعين:

١- إصابات الأوعية الدموية الدقيقة Microvascular وتشمل الكلى Nephropathy - الشبكية Retinopathy - الأعصاب Neuropathy

٢- إصابات الأوعية الدموية الكبيرة Macrovascular وتتضمن إصابة. الشرايين Arteriosclerosis والجلطات (Jones&Gill,1997:7)

سادساً: النظام العلاجي للأطفال مرضى السكري Management Protocols of diabetes millitus in children

تغيرت الأفكار في علاج الأطفال مرضى السكري خلال السنوات الحالية، وتعد خطة العلاج وفقاً لتلبية حاجات الطفل الفردية.

وتتضمن الخطة العلاجية لأطفال مرضى السكر التالي:

١- الانتظام في فحص مستويات سكر الدم.

٢- الانتظام في أخذ حقن الأنسولين.

٣- الانتظام في تناول الأطعمة الصحية طبقاً للخطة الغذائية.

٤- الانتظام في مزاولة التمارين البدنية.

٥- المحافظة على نظافة الجسم للوقاية من الالتهابات والمضاعفات.

٦- زيارة الطبيب المعالج بصفة منتظمة. (American diabetes association,2003)

ويتمثل الهدف الرئيس لعلاج مرض السكري في منع حدوث المضاعفات بصورة حادة أو مزمنة، ويتمثل المبدأ الأساسي في العلاج في منع حدوث جميع المضاعفات أو الوقاية منها بالمحافظة على مستوى قريب من المستوى الطبيعي لنسبة السكر في الدم خلال اليوم. (American Diabetes Association ,Diabetes Care,2004:s115)

ويتحقق هذا الهدف باتباع التالي:

- تجنب ظهور الكيتونات. Diabetic Ketoacidosis
- تجنب انخفاض السكر. Hypoglycemia
- المحافظة على النمو والتطور الطبيعي للجسم.
- المحافظة على بيئة نفسية اجتماعية للطفل وأسرته.
- اشتراك الأسرة في تنفيذ مهام العلاج. (American diabetes association,2003)

ولتحقيق ذلك يتبع ما يلي:

- القياس المتكرر لاختبار نسبة سكر الدم من ٣-٤ مرات يومياً.
- التثقيف نحو التغذية الصحية، واتباع الإرشادات الغذائية.
- التدريب على العلاج الذاتي وحل المشكلة (American Diabetes Association ,2004:s115)

وتعتبر عملية المحافظة على ضبط مستوى السكر في الدم Blood Glucose Control إحدى أكثر العمليات تنظيماً وضبطاً، وتأتي هذه العملية من تأثير الأنسولين على تمثيل الكربوهيدرات، الدهون، البروتين، الماء..إلخ. بعد هضمها من خلال تأثيرها في الكبد والنسيج العضلي وذلك من خلال:

١- احتراق الجلوكوز Glucose وتحويل الفائض منه إلى جليكوجين Glycogen يخزنه الكبد.

٢- زيادة تركيب الدهون Fats ومنع تحللها بالنسيج الدهني.

٣- زيادة تركيب البروتينيات Proteins ومنع تحللها في النسيج العضلي.

وفي حالة الصيام أو النوم فإن نسبة السكر في الدم تنخفض، بينما تقوم هرمونات أخرى بالجسم بالمحافظة على نسبة السكر في الدم في معدلها الطبيعي،

وذلك بتحويل جزء من الجليكــوجين Glycgenolysis المخــزون بالكبــد إلى جلوكوز، أو بصناعة الجلوكوز من الأحماض الأمينيــة والــدهون Gluconeogenesis، وبالتالي فإن نسبة السكر في الدم تبقى في معدلها الطبيعي قبل تناول الطعام وبعــده (Guyton,1992:581-589).

وعندما تكون حالة البنكرياس في الجسم تعمل بشكل طبيعي، تختلف كميــة الجلوكوز في الدم نتيجة عدة عوامل أهمها: نــوع الأكــل، التمــارين البدنيــة، الانفعالات، هذه العلاقات المتفاعلة مع الأنسولين، الجلوكــوز، الكبــد وبعــض الهرمونات الأخرى هي التي تنظم السكر في مستوى معين، وإذا حدث نقص شديد في إفراز الأنسولين من البنكرياس كما يحدث غالباً لدى مرضى النوع الأول مــن السكري أو مرضى النوع الثاني في بعض الأحيان فإن نسبة السكر بالــدم ترتفــع بسبب عدم قدرة الجلوكوز الموجود بالدم على الدخول إلى الخلية، ولذا فإن خلايا الجسم تستخدم الدهون كمصدر للطاقة بدلاً من السكر مما ينــتج عنــه تكــون الأحماض الدهنية Ketoacidosis التي تزداد نسبتها بالدم ثم تظهر في البــول علــى شكل كيتونات، فتسبب إتلافاً للأنسجة، وتؤثر في قلوية الدم، وتعــوق عمليــة الأيض الغذائي Metabolism بطريقة سلبية، لأن هرمون الأنــسولين مــن أهــم الهرمونات التي تساعد على تحويل الجلوكوز(سكر الدم) إلى طاقة يستفيد الجــسم منها في إجراء العديد من الوظائف الحيوية، كما يساعد على تخزين السكر الزائــد على هيئة جليكوجين في الكبد والعضلات، حيث تتحول هذه المادة إلى جلوكــوز عندما ينخفض مستوى سكر الدم. www.diabetes.org.nz

ويتم تقسيم علاج النوع الأول من مرض السكري اعتماداً على الأعراض الأولى، إلى ثلاث مراحل:

- المرحلة الطارئة (الكيتونات) ما بعد تكون الأحماض.
- المرحلة الانتقالية لضبط عمليات التمثيل الغذائي (الأيض).
- المرحلة المستمرة لإرشاد وتأهيل الأسرة والطفل المصاب بالمرض. ولكل مرحلة من هذه المراحل الثلاث أهدافها، رغم أنها تمارس في سلسلة متصلة (American diabetes association,1997:1188)

ويرتكز علاج الأطفال مرضى السكري على ثلاثة أنظمة رئيسة وهي:

١- النظام بالأنسولين Insulin Regimen:

الأنسولين ضروري للأشخاص المصابين بالنوع الأول لمرض السكري، لأن أجسامهم لا تنتج كمية كافية من هرمون الأنسولين للمحافظة على حياتهم، ولذلك يعتمدون على أنسولين خارجي للبقاء على الحياة. ويعتمد علاج الأطفال مرضى السكري من النوع الأول على تناول جرعات يومية من الأنسولين، لتعويض النقص الموجود لديهم في إفراز الأنسولين من البنكرياس، حيث إن خلايا بيتا في البنكرياس ليس لديها القدرة على إفراز الأنسولين. (American Diabetes Association, 2004:s106)

وتتراوح كمية الأنسولين التي يحتاجها الطفل المريض لتعويض ذلك النقص بين نصف وحدة إلى وحدة واحدة لكل كجم يومياً وتختلف حسب عمر ووزن الطفل ونوع غذائه والحركة التي يؤديها .(Ludvigsson &Heding,1978:230-234)

ومع نمو الطفل تزداد جرعة الأنسولين من ٠,٨ -١,٠ وحدة /كجم/ يومياً في نهاية السنة الأولى من العلاج، وفي مرحلة البلوغ يحتاج الأطفال إلى جرعات أكثر،

حيث تزداد المناعة من الأنسولين بفعل الهرمونات التي يبدأ إفرازها في هذه المرحلة كهرمون النمو وغيره (Clayton,&Holly,1994:517-524)

وتحتوي إجمالي الجرعة اليومية من الأنسولين على٢\٣ قبل الفطـــور، ١\٣ في المساء توزع بالشكل التالي:

- جرعة الصباح ١\٣ من الأنسولين سريع أو قــصير المفعــول، ٢\٣ مــن الأنسولين متوسط المفعول.

- جرعة المساء ½ من الأنسولين سريع أو قصير المفعول، ½ من الأنــسولين متوسط المفعول أو حقنة واحدة تخلط فيها جرعتان سريع المفعول أو قصير المفعول ومتوسط المفعول قبل الغذاء، أو قصير أو طويــل المفعــول قبــل العشاء، ومتوسط المفعول قبل النوم.

(American diabetes association, 1997:1189)

يوضح الشكل التالي أسماء الأنسولين ومدى فعاليته

أنواعه	مثال	مستوى فعاليته	بداية المفعول بعد الحقن	ذروة المفعول بعد الحقن	مدة المفعول بعد الحقن
ليسبرو Lispro	هيومالوغ Humalog	سريع المفعول Rapid Acting	١٠-١٥ دقيقة	١- ٢ساعة	٣-٤ ساعات
ريغيولار Regular	أكترابد Actrapid	قصير المفعول Short Acting	½ ساعة	٢ ½ ساعة	٥-٨ ساعات
NPH	انسوليتارد Insultard هيومين أن Humlin N	متوسط المفعول Intermediate	١-٣ ساعات	٦-١٢ ساعة	١٦-٢٤ ساعة
جلارجين Glargine Insulin	لانتس Lantus	طويل المفعول جداً Very Long Acting	يعطي كمية أنسولين مستمرة لمدة ٢٤ ساعة كمستوى قاعدي Basal ويؤخذ حقنة واحدة في اليوم .		
أنسولين مخلوط بنسبة ٧٠% متوسط المفعول مع ٣٠% قصير المفعول	ميكستارد ٧٠/٣٠ Mixtard 70/30	مخلوط Pre-Mixed Insulin	½ ساعة	٢-١٢ ساعة	١٦-٢٤ ساعة

www.your-doctor.net/diabetes.htm

وقبل قيام المريض بخلط الأنسولين، يجب سحب الأنسولين السريع أو القصير المفعول (الصافي) أولاً في الحقنة ثم يتم سحب الأنسولين المتوسط أو الطويل المفعول (العكر) حتى لا يسبب الأنسولين العكر ترسبات في الأنسولين الصافي. (American diabetes association ,2004:s106)

ويعطى الأنسولين قبل ٢٠-٣٠ دقيقة من تناول الوجبة،حتى يستطيع الجسم امتصاصه من تحت الجلد وبالتالي يكون جاهزاً وموجوداً في الدورة الدموية عند وصول الطعام المهضوم (سكر الجلوكوز) إليه.

ويحقن الأنسولين في أماكن مختلفة من الجسم، وهي:

- مقدمة الفخذ: وتعتبر أكثر الأماكن اختياراً لسهولة التحكم فيها، وتفيد في بطء امتصاص الأنسولين سريع المفعول.
- البطن حول السرة: وهو المكان الذي ينصح به ويعتبر امتصاص الأنسولين سريعاً.
- الأرداف: وتكون مناسبة عند الأطفال صغار الحجم.
- الجانب الخارجي للذراع.

ويجب تغيير هذه الأماكن بصورة دورية، وعدا ذلك يحدث ورماً أو ضموراً دهنياً في أماكن الحقن، وفي حالة حصول الورم فإننا نتحاشى الحقن في نفس الموضع، أما في حالة الضمور فيحقن الأنسولين بنفس الموضع وحول المنطقة المصابة بالضمور.(دليل المنظمة العالمية لداء السكري لدى الأطفال واليافعين المجمع عليه عام ٢٠٠٠م باللغة العربية)

الوسائل الحديثة لحقن الأنسولين:

تطورت وسائل حقن الأنسولين بهدف التخفيف من آلام الحقن وتقبل الأطفال المرضى باستمرار العلاج بصفة دائمة دون انقطاع باعتباره عاملاً هاماً في علاج المرضى، وقد ورد في توصيات الجمعية الأمريكية لداء السكري لعام ١٩٩٨م عدة طرق توضح مميزات كل طريقة يمكن حصرها في التالي:

حقن الأنسولين :Insulin Syringes

وهي الحقن المتداولة، والأكثر استخداماً لحقن الأنسولين ويوجد منها عبوات مختلفة (٠,٣ - ٠,٥ - ١ - ٢مل) (American Diabetes Association, 2004: s107)، ويتراوح طول الإبرة ما بين (٨مم) قصير أو (١٢مم) طويل ويفضل استخدام الإبرة القصيرة للأطفال في حين يفضل استخدام الإبرة الطويلة للمرضى البدينين.

أقلام الأنسولين Insulin Pen Injection

وهي عبارة عن جهاز يشبه القلم توضع بداخله أنبوبة الأنسولين ويحقن الأنسولين عن طريق إبرة تكون غالباً دقيقة وقصيرة (٨مم) واستعمال هذه الأقلام يخفف كثيراً من آلام الحقن ويسهل من طريقة الحقن بدرجة كبيرة وهي الطريقة المفضلة للأطفال حالياً خاصة بعد توفر أقلام معبئة سابقاً بنسب مختلفة من الأنسولين متوسط وسريع المفعول.

أقلام الحقن بدون إبرة Needless demises Jets Insulin

وهذا النوع يضخ الأنسولين بتدفق دقيق عبر الجلد، ويفيد المرضى الذين لديهم خوف شديد من الإبرة ويوجد نوعان منها: أحدهما يستخدم بصفة دائمة ويمكن التحكم في قوة الضغط المستعملة لدفع الأنسولين والأخر يستعمل مرة واحدة ولا.

يمكن التحكم في قوة الضغط المستعملة لدفع الأنسولين، وقد أثبتت التجارب عدم كفاءتها ولا يحبذ استخدامها. (American diabetes association, 2004: s108)

مضخات الأنسولين، وتنقسم إلى:

- مضخات خارجية: وهي الأكثر استخداماً وتعتبر أفضل وسيلة لحقن الأنسولين خاصة لمرضى النوع الأول، ومن مميزاتها: أن المريض يستخدم نوع الأنسولين قصير التأثير فقط مما يحد من كمية احتياجه اليومي من الأنسولين مع إمكان برمجة المضخة لتأمين الاحتياج الأساسي من الأنسولين. كما يمكن للمريض أن يتناول جرعات الأنسولين قبل الوجبات بسهولة مع إجراء التعديل المناسب عليها، وبرمجة إفراز الأنسولين عن طريق المضخة ليماثل التغير الطبيعي في إفراز الأنسولين بمختلف ساعات اليوم. ومن أهم عيوبها: احتمال انخفاض نسبة سكر الدم دون المعدل الطبيعي.
- مضخات مزروعة تحت الجلد وهي قليلة الاستخدام بسبب ضعف فعاليتها وعدم كفاءتها مقارنة بالمضخة الأخرى.

www.diabetes_edu.com/sugerreason48.shtml

٢- النظام الغذائي Nutritional Regimen

يرتبط مرض السكري باضطراب التمثيل الغذائي، نتيجة لنقص في هرمون الأنسولين، ولذلك فإن النظام الغذائي يشكل القاعدة الصحيحة للعلاج الجيد لمرضى السكري.

والطعــام يتكــون مــن البروتينــات Proteins والمــواد الكربوهيدراتيــة Carbohydrates وهي السكريات والنشويات، والمواد الدهنية Lipids وتعتبر هذه العناصر الثلاثة الدعامة الأساسية لإنتاج الطاقة وبناء أنــسجة الجــسم وخلايــاه وتجديدها. ويوجد في الغذاء عناصر غذائية بكميات قليلــة مثــل: الفيتامينــات Vitamins والعناصر المعدنية Minerals، وتؤدي هــذه العناصــر دوراً مكمــلاً لوظائف العناصر الثلاثــة في إنتــاج الطاقــة وعمليــات البنــاء Anabolism (تحويل المواد الغذائية إلى مواد حيوية، أو مركبة)، وعمليات الهــدم Catabolism (تحويل المواد المركبة إلى مواد بسيطة). (زكي،وآخرون،١٩٨٩: ١٨١)

ويعتبر الغذاء بما يحويه من عناصر غذائية مختلفة، الوقود الذي يمد الجسم بالطاقة اللازمة لبنائه ونموه وتجديد الخلايا التالفة، سلاحاً ذا حدين، فقد يصاب الإنــسان بالمرض بسبب الإفراط في تناول الطعام، أو بسبب تناول أنــواع مــن الأغذيــة، أو بسبب عدم تفهم الفرد لكثير من الحقائق التي تتعلق بالتغذية الصحية السليمة، ومــن جانب آخر فإن كثيراً من الأطعمة والعناصر الغذائية قد تفيد الإنــسان في عــلاج الأمراض والوقاية منها، وفي رفع كفاءة أجهزة المناعة بالجسم. (الــبكيري، وآخــرون، ١٩٩٤: ١٥) قال تعالى:"﴿وَكُلُوا۟ وَٱشْرَبُوا۟ وَلَا تُسْرِفُوٓا۟ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلْمُسْرِفِينَ﴾" الأعراف آية ٣١.

ومن أهداف التغذية الصحية لمرضى السكري ما يلي:

- تنظيم نسبة السكر في الدم في الحدود الطبيعية، بموازنة كــل مــن الغــذاء والدواء والتمارين الرياضية.
- تنظيم نسبة الدهون بالدم: الكولسترول الكلي، والدهنيات.

- تقديم السعرات الحرارية اللازمة للوصول إلى النمو الطبيعي للأطفال وللحفاظ على الوزن المثالي للبالغين، ولمواجهة الاحتياج الزائد من السعرات الحرارية للحامل أو المرضع أو عند المرض.
- منع أو تأخير أو علاج عوامل الخطر أو المضاعفات الناتجة عن التغذية، لأهمية التقييم والتعديل الغذائي في خفض نسبة الخطر من السمنة واضطراب الدهون، وارتفاع ضغط الدم.
- تحسين الصحة العامة بواسطة التغذية المثالية. (American diabetes association,2004:s36-s46)

وباعتبار أن الغذاء هو الخطوة الأساسية والركيزة الأولى في علاج الكثير من الأمراض وفي الوقاية منها، وله دورٌ أساسيٌ في المساعدة على تحقيق الشفاء للمريض إلى جانب الدواء، **فإن النظام الغذائي لعلاج الأطفال مرضى السكري يهدف إلى:**

- إمداد الطفل بالعناصر الغذائية اللازمة لنموه ونشاطه.
- المحافظة على مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بحدود المستوى الطبيعي.
- المحافظة على مستوى الدهون في الدم بحدود المستوى الطبيعي. (American diabetes association,2003)
- أن تكون الوجبات الغذائية مقبولة وتقترب مكوناتها من طبيعة مكونات الوجبة العادية
- توفير غذاء متوازن للمريض لتحسين الصحة العامة.
- الوصول إلى وزن مثالي للمريض مع المحافظة عليه.

- إرضاء وإشباع الذوق الغذائي للطفل المريض ومسايرة رغباته وتعديل وتحسين عاداته الغذائية. (العوضي،١٩٨٠: ٤٣٩)

ويحتاج الأطفال والمراهقون المرضى بالسكري، إلى تناول سعرات حرارية وبكميات كافية ومعتدلة لتساعدهم على النمو، وتكون موزعة في خطة التغذية المحتوية على نسبة ٥٥% من الكربوهيدرات المحتوية فقط على النشويات. و٣٠% من البروتين. و١٥% من الدهون. ومن إجمالي هذه السعرات تقسم على عدد الوجبات الرئيسية في اليوم، بحيث يكون ٢٠% عند الفطور، ٢٠% عند الغذاء و٣٠% عند العشاء، وتترك ١٠% لكل وجبة خفيفة في وسط الصباح أو وسط الظهر وقبل النوم (American diabetes association,1997: . 1189)

ومن المعروف أن النظام الغذائي الخاص يكون صعباً على الطفل الصغير، و لكن بالتشجيع المستمر له، وباتباع الأسرة كلها للنظام الغذائي نفسه، يكون سهلاً ومقبولاً، لأن النظام الغذائي (الحمية) جانب من أهم جوانب تنظيم التحكم بالمرض على المدى القصير والبعيد، وأكثر احتمالية في تحديد النتائج الكاملة. (Greene&Newton,1997: 7)

ولصعوبة وضع نظام غذائي لفرد في العائلة، يجب أن تشترك العائلة جميعها في النظام الغذائي الأمثل، كما يجب مراعاة مواعيد محددة للأكل وبانتظام، ويجب أن يكون النظام الغذائي مرناً مع مراعاة استعداد الطفل، حيث إن بعض الأطفال يتمردون على النظام الغذائي القاسي، كما ينبغي مراجعة النظام الغذائي لمتابعة نمو الطفل والسعرات الحرارية الضرورية لذلك. (Stuhldreher,&Becker,etal,1994, 447-456)

ويتطلب النظام السائد في التعامل مع الأنسولين: التوقيت / الكمية / محتوى الغذاء، ليتناسب مع جرعة الأنسولين والنشاط البدني، ويعتبر ترك الوجبة أو تأخيرها سبباً في انخفاض سكر الدم. (Whitney,1991:832)

ويجب أن يكون وصف النصائح الغذائية، على حسب فهم الأسرة وقدراتها، وربما يتعرض بعض الأطفال (لأكل الحلوى)، ويمكن التعامل مع هذا في المناسبات، دون الإخلال بالنظام العام للتحكم. (Cedemark,&Selemins,etal,1993:635-639)

كما يجب تدعيم النصائح الغذائية بانتظام، للتأكد من أن حصة السعرات كافية للنمو، على الجانب الآخر من المهم تجنب السمنة. (Stuhldreher&Becker,etal,1994: 447-456)

٣- النظام بالتمارين البدنية **Exercise Regimen**:

للتمارين فوائد عديدة على المدى القصير والطويل، سواء للأشخاص المصابين بمرض السكري أم الأصحاء. وتعتبر التمارين ضرورية للطفل المريض بالسكري، لأنها إحدى أساسيات العلاج، ويجب أن تكون التمارين منتظمة وبشكل يومي، لأن التمارين تنشط الدورة الدموية وتساعد على تدفق الدم في أعضاء الجسم المختلفة، ولا يقتصر أثر التمارين في صحة المريض فحسب، بل تنعكس على حالته النفسية، لأنها تسبب له استقراراً نفسياً واسترخاء، وتقضي على التوتر العصبي، ويجب أن تمارس هذه التمرينات على أسس علمية (Wasserman&Zinman,1994;924-937)

إضافة إلى فوائدها الأخرى لتخفيف نسبة الدهون وتحسين حساسية الخلايا للأنسولين. ومن الضروري قياس نسبة السكر بالدم قبل ممارسة التمارين، وتناول

وجبات خفيفة من الكربوهيدرات بعد ممارسة التمرين أو قبل أو أثناء الممارسة حسب نتيجة قياس نسبة السكر بالدم. (Huttunen,et al,1981:495-497)

وتعتبر أنماط التمارين والطاقة اليومية ثابتة لمعظم الأطفال الصغار، ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار التخطيط الجدولي لحقن الأنسولين والوجبات، وبالنسبة للأطفال الأكبر سناً فمن الأفضل لهم زيادة معدل الطعام قبل التمارين، أو التقليل من جرعة الأنسولين.(Stein, et al,1987:534-539)

ويجب تشجيع الأطفال المرضى بالسكري على ممارسة التمارين، لأنها تساعدهم على خفض مستويات سكر الدم، وتعمل على تحسين التحكم، وتحافظ على لياقة وأوعية القلب، كما أنها تساعد على ضبط الوزن. (Greene&Newton,1997:1)

وتسبب ممارسة التمارين المجهدة خطورة على مريض السكري الذي يحقن قبل التمرين مباشرة، حيث تؤدي إلى سرعة امتصاص الأنسولين من موضع الحقن إلى الدم، وبالتالي يرتفع تركيز الأنسولين بالدم عن المستوى المطلوب، وينتج عنه انخفاض شديد في مستوى سكر الدم، فيترتب عليه حدوث أعراض نقص السكر في الدم. www.diabetes.org.nz/exercise_t1.html

ومن العوامل التي تؤثر في جلوكوز الدم أثناء مزاولة الرياضة ما يلي:

- نسبة جلوكوز الدم قبل الرياضة.
- جرعة الأنسولين المحددة.
- نوع الطعام المتناول من الكربوهيدرات قبل الرياضة.
- الوقت المحدد للرياضة. www.diabetes.org.nz/exercise_t1.html

و في حالة الجرعة الزائدة مـــن الأنـــسولين Too Much Insulin يحـــدث للجسم ما يلي:

- تستخدم العضلات الجلوكوز بمعدل أسرع.
- لا يقوم الكبد بدفع المزيد من الجلوكوز إلى الدم، بسبب زيادة الأنـــسولين، لأن نشاط الكبد يزداد في هذه الحالات إذا نقص هرمون الأنسولين في الدم.
- يقل سكر الدم ويسبب ما يسمى بالانخفاض. Hypoglycemia

وفي حالات تقليل جرعة الأنسولين يحدث للجسم ما يلي:

- العضلات لا تستطيع أن تستخدم الجلوكوز من الدم، ويرجع هـــذا إلى أن الأنسولين غير كاف لأن يدفع الجلوكوز إلى خلايا العضلات، لذلك تتجه الخلايا للحصول على الطاقة اللازمة من مصادر أخرى غير الجلوكوز مثل البروتين والدهون.
- يحدث أكسدة للدهون والبروتين من أجل الحصول علـــى الطاقـــة لتغذيـــة العضلات وكفاءتها
- الناتج من هذه الأكسدة هو زيادة الكيتونات. Ketones
- وفي هذه الحالة يبدأ الكبد في دفع الجلوكوز إلى الدم لأن معـــدل هرمـــون الأنسولين بدأ يلاحظ نقصانه.
- النتيجة النهائية ارتفاع مستوى السكر في الـــدم Hyperglycemia وزيـــادة الكيتونات Ketoacidosis

أما في الجرعة المعتدلة من الأنسولين فيحدث للجسم ما يلي:

- تستطيع خلايا العضلات استخدام الجلوكوز كمصدر للطاقة، لأن الأنسولين كاف لدفعه للخلايا.
- مع زيادة التمارين تزداد حساسية الخلايا لفاعلية الأنسولين.
- الجسم لا يستطيع أن يتحكم في معدلات هرمون الأنسولين بطريقة أوتوماتيكية.
- يزداد استخدام العضلات للجلوكوز بصورة ملحوظة.
- يزداد استخدام الجلوكوز المخزون والموجود في الدم.
- ينقص معدل الجلوكوز في الدم، إذا لم يتم تعويض ذلك من أطعمة غنية بالسكريات أو المشروبات في الوقت المحدد للرياضة. www.diabetes.org.nz/exercise_t1.html

الفصل الثالث

المشكلات المترتبة على إصابة الأطفال بمرض السكري (النوع الأول)

مقدمة:

أولاً: مفهوم المشكلة.
ثانياً: المشكلات الطبية.
ثالثاً: المشكلات النفسية.
رابعاً: المشكلات الاجتماعية.

مقدمة

تؤدي إصابة الطفل بمرض السكري إلى العديد من التحديات الطبية والنفسية والاجتماعية، التي تحتاج إلى معالجه سواء كانت بصورة روتينية، أم طارئة إلى التكامل والتعاون الوثيق بين أفراد الفريق الطبي المعالج، حيث إنها تساعد الطفل وأسرته على التوافق مع المرض والتعامل مع المشكلات المترتبة عليه.

وتساعد الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية على تحقيق نتائج أفضل في إمكانية تواصل الطفل المريض بالسكري مع أسرته وزملائه في المدرسة، كما تساعده على الأداء الدراسي وتحقيق آماله المستقبلية، كما هي متوقعة منه مثل باقي الأطفال الأصحاء.

وينظر للمرض المزمن من عدة أبعاد متعددة، حيث ينظر إليه الطبيب المعالج والممرضة من حيث تأثيره في الجسم، وينظر إليه الأخصائي النفسي من حيث تأثيراته النفسية في المريض، أما الأخصائي الاجتماعي فينظر إليه من الجانب الاجتماعي من حيث تأثيره في المريض والأسرة والحياة الاجتماعية.

وتركز ممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة عامة وخدمة الفرد بصفة خاصة، في تدخلها العلاجي على التقليل من تأثير المرض المزمن على الجوانب الاجتماعية والنفسية للمريض وأسرته لتحقيق التوافق الصحي والاجتماعي والنفسي في المرض.

ويواجه الأطفال مرضى السكري العديد من المشكلات المتداخلة والمتفاعلة، التي ترتبط بجوانب الشخصية الجسمية، والعقلية، والنفسية، والاجتماعية، والتي تؤثر فيهم مما يؤدي إلى عدم توافقهم والتزامهم بالعلاج الطبي.

وسيتناول هذا الفصل المشكلات المرتبطة بمرضى السكري من الأطفال، ويتضمن التعريف لمفهوم المشكلة بصفة عامة، وأنواع المشكلات المترتبة على الإصابة بالمرض (المشكلات الطبية- المشكلات النفسية- المشكلات الاجتماعية)

أولاً: مفهوم المشكلة Problem Concept

ترى هوليس (Hollis,1964) أن مشكلة الفرد ما هي: إلا وجود ضغوط زائدة في مواقف الحياة الحالية، مما يؤثر في قدرته على التوافق الاجتماعي. (Hollis,1964:20)

ويرى صبحي أن المشكلة الفردية هي: مواقف يمر بها الفرد ويعجز عن مواجهتها أو لا يستطيع أن يتقبل مواقفها الضاغطة. (صبحي، ١٩٩٨: ١٤٢)

ويحدد إيجان (Egan,1986) المواقف الإشكالية التي يتعرض لها الفرد في:

- الأزمات، الاضطرابات، الصعوبات، والإحباطات التي يتعرض لها الفرد.
- مواقف الحياة المعقدة التي تواجه الفرد ولا يستطيع التغلب عليها بمفرده.
- عدم قدرة الفرد على الاستفادة من الفرص المتاحة واستخدام قدراته، وخاصة في تعامله مع نفسه وفي علاقاته بالأوضاع والأجهزة المختلفة التي يتعامل معها في حياته.(Egan,1986:32)

وتؤكد كل من نيروز وبيرلين (Nurius&Berlin,1995520-521) أن المشكلات الاجتماعية والنفسية التي تعترض الفرد، تكون نتيجة تفاعل مجموعتين رئيسيتين من الظروف هما:

- نقص خبرة الفرد، مما يجعله ينظر إلى نفسه وللآخرين وللحياة بأسلوب مقيد وغير مرن وبأساليب نمطية، وتكون النتيجة عدم قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة ومن قدراته الشخصية في إيجاد حلول لصعوبات الحياة.
- القصور والعجز في إمكانات البيئة الاجتماعية، والذي يولد لدى الفرد مشاعر الإحباط والغضب، وعدم القدرة على التحكم الذاتي، وخاصة إذا كان لديه عجزٌ أو قصور في المعرفة والخبرة بما يمكنه من التوافق مع هذه العوامل.

ولإحداث تغيير في الظروف التي يعاني منها الفرد لا بد من توافر عنصرين أساسيين للتغيير الشخصي هما:

- إيجاد ظروف تسمح بإحداث تغييرات إيجابية.
- حاجة الفرد لإدراك الفرص الاجتماعية، وحاجته لتنمية مهاراته وقدراته لكي يستطيع مواجهة الظروف التي يعاني منها.

ويمثل مرض السكري لدى الطفل المصاب به وأسرته عبئاً ومسؤولية ترتبط باستمرار المرض ونظام علاجه، وأساليب التعايش مع نظامه العلاجي والغذائي، وتأثيراته النفسية والاجتماعية في الطفل وأسرته، التي تنتج من نقص المعرفة بالمرض، والقصور في إمكانات البيئة الاجتماعية، مما يؤدي إلى عدم قدرة الطفل على التحكم الجيد بعمليات التمثيل الغذائي لضبط نسبة السكري بالدم.

ويهدف التدخل المهني لأخصائي خدمة الفرد إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الخاصة بتأهيل الطفل، ومساعدته وأسرته على فهم المرض، وتقبل نظام علاجه، والاستفادة من فرص العلاج الطبي، والتخفيف من حدة الضغوط النفسية والاجتماعية المصاحبة لطبيعة نظام علاج المرض.

ثانياً: المشكلات الطبية Medical Problem

يتعرض الأطفال المصابون بمرض السكري لمضاعفات حادة بسبب الارتفاع أو الانخفاض الشديد في نسبة السكر بالدم الناتج عن انعدام التوازن بين جرعة الدواء وكمية الغذاء اليومي والنشاط الرياضي (المجهود البدني)، أو بسبب الإصابة بأمراض أخرى كنزلات البرد والتهاب اللوزتين.

وتتمثل المشكلات الطبية في التالي:

١- الانخفاض الحاد في نسبة السكر بالدم Hypoglycemia

يُعتبر انخفاض نسبة السكر في الدم مُشكلة شائعة لدى الأطفال مرضى السكري، وعادة ما يحدث الانخفاض نتيجة لزيادة جرعة الأنسولين، أو في حالة إهمال وجبة الطعام أو نقص نسبي في كمية الطعام، أو زيادة في المجهود البدني.

ويُعد الانخفاض الحاد في نسبة السكر بالدم أحد أسباب القلق عند الأطفال المرضى وأسرهم، ولا تتم الوقاية منه دائماً ولكن يمكن علاجه إذا لوحظ بسرعة، ومعظم الأطفال في سن المدرسة يستطيعون أن يخبروا والديهم عن أعراض الانخفاض، أما الأطفال الأصغر سناً والذين لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم فيحتاجون لملاحظة الأهل لبعض العلامات الظاهرة كسرعة الغضب، وتزداد نسبة حدوث انخفاض نسبة السكر في الدم لدى مرضى النوع الأول من مرض السكري Type 1. (Greene&Newton,1997:14)

أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم:

تظهر أعراض انخفاض السكر في الدم في مجموعة من الأعراض التي يشعر بها الطفل عندما تكون نسبة السكر في الدم دون المستوى الطبيعي (2.5-3.0mmol/l). وتتمثل هذه الأعراض في: الشعور بعلامات الإنذار كالشعور بالجوع Feeling of hanger الرعشة Shivering، العرق الشديد Sweating،الصداع Headache، الغضب Anger (American diabetes association,3003:2194-2197)

علاج انخفاض نسبة السكر بالدم:

يتم علاجه بتناول أطعمة غنية بالسكريات مثل:تناول (٣ أقراص من السكر أو ملعقة عسل أو ١/٢ كوب عصير)، ثم الانتظار ٥ دقائق وتناول وجبة غنية بالكربوهيدرات مثل: الخبز أو الأرز أو المكرونة، أو موز وبعد ١٥ دقيقة يتم قياس نسبة السكر بالدم. وإذا كان الطفل فاقداً الوعي يقوم أحد أقاربه بإعطائه حقنة جلوكاجون Glucagon ودعك باطن الفم بالعسل أو المربى ونقله للمستشفى.

www.diabetes.org.nz/hypo1.html

٢- الارتفاع الحاد في نسبة السكر في الدم Hyperglycemia

يمثل ارتفاع نسبة السكر بالدم مشكلة خطيرة، وفي حالة استمراريته ينتج عنه ظهور الحموضة السكرية (الكيتونات)، ويكمن الهدف الرئيس في علاجها بتقليل الفترات التي يحدث فيها ارتفاع مستوى السكر في الدم، ويختلف الشعور بأعراض الارتفاع من شخص لآخر، لذا توجد صعوبة في معرفة نسبة السكر في الدم من خلال الأعراض الظاهرة.

وعادة ما يحدث ارتفاع نسبة السكر بالدم لعدة عوامل أهمها:

- زيادة كمية ونوع الطعام في الوجبات.
- قلة الحركة أو عدم القيام بالتمارين المعتادة.
- كمية ونوع الأنسولين.
- الإصابة بالتهابات حادة.
- الوقوع تحت ضغط نفسي.

أعراض ارتفاع السكر في الدم:

تظهر أعرض ارتفاع نسبة السكر بالدم على الطفل في صورة: خمول Drowsiness شعور بالكسل Feeling of Faintness، عطش شديد Thirst، كثرة التبول Urine (Polyuria) ألم بالبطن abdominal pain، صعوبة في التنفس، التهيج Irritability والغثيان Nausea القيء Vomiting اضطراب في السلوك Behavioral disturbance، غيبوبة Coma (American diabetes association, 2003:2194-2197)

علاج ارتفاع نسبة السكر بالدم:

يجب معرفة السبب الذي أدى إلى ارتفاع نسبة السكر بالدم، وذلك للتأكد من عدم ظهور الكيتون، حيث يتم علاج الارتفاع بدون وجود كيتونات عن طريق:

الحمية الغذائية المناسبة، القيام بنشاطات وتمارين معينة، أخذ مخفضات السكر حسب توجيهات الطبيب. www.diabetes.org.nz/hyper1-html

٣- مضاعفات التمثيل الغذائي Metabolic Complications

التمثيل الغذائي Metabolic (الأيض) هو عملية قيام الجسم بالحصول على الجلوكوز لإنتاج الطاقة واستخدامها لمواصلة الحياة، ومرض السكري هو مرض في الأيض لأنه يؤثر في قابلية الجسم في الحصول على الجلوكوز من الطعام لتجهيز الخلايا فيه. (توشيت،٢٠٠١: ٥٤٠)

وتعتبر الكيتونات Ketoacidosis والأسموزية العالية Hyperosmolar لنسبة السكر بالدم Hyperglycemia كلاهما مضاعفات للتمثيل الغذائي للسكر.

(American Diabetes Association , diabetes care,2004:S94)

والكيتون Ketones هو: مادة سامة، ونوع من الأحماض، ومصدر للطاقة، ينتج عندما يجد الجسم صعوبة في استخدام الجلوكوز كمصدر للطاقة، حيث يتجه الجسم في هذه الحالة إلى الاعتماد على الدهون للحصول على الطاقة وذلك عن طريق الأكسدة، والناتج من هذه الأكسدة تسمى كيتون.

ويعاني الأطفال المصابون بمرض السكري من الكيتونات، وتعتبر السبب الرئيس في دخولهم لغرفة الطوارئ والعناية المركزة في المستشفى.

(American Diabetes Association, diabetes care, 1995:13)

ويظهر الكيتون بالبول في إحدى الحالتين:

- الحالة الأولى: عند الامتناع عن تناول الطعام لمدة طويلة أو الصوم، وفي هذه الحالة تكون نسبة السكر بالدم طبيعية، ويستلزم لعلاجه فقط تناول بعض النشويات.
- الحالة الثانية: عند نقص نسبة الأنسولين في الجسم، وفي هذه الحالة تكون نسبة السكر مرتفعة جداً. ويتم علاجه بواسطة تناول جرعة إضافية من

الأنسولين سريع المفعول وتناول كمية كبيرة من السوائل غير السكرية، فحص نسبة السكر بالدم كل ٣٠ دقيقة مراجعة الطبيب إذا ظلت النسبة مرتفعة والأسيتون إيجابياً في البول. www.diabetes.org.nz/hyper1-html

أعراض الحموضة الكيتونية

تتمثل أعراض الكيتونات في سرعة التنفس مع ظهور رائحة الأستون، عدم القدرة على التركيز الذهني، التبول، والعطش الشديد، اضطراب الرؤية، آلام في البطن، الغثيان والقيء، الغيبوبة. www.diabetes-edu.com/sugrreason52.shtml

وتشير نتائج دراسة هيرسكوتز وآخرين (Herskowitz,etal,1995:612-618) على أطفال في سن ثمان سنوات، إلى وجود علاقة بين التشخيص المتأخر لهم وظهور كيتونات المرض، بالإضافة إلى أنواع عالية من المشاكل السلوكية وانخفاض في مستويات الكفاءة الاجتماعية.

كما وجدت ليز وآخرين (Liss,etal,1998:536-544) أن الأطفال مرضى السكري في سن المدرسة، يتكرر دخولهم المستشفى بسبب ارتفاع الكيتونات، ويعانون من مستويات ضعيفة في احترام الذات والكفاءة الاجتماعية مقارنة بنظرائهم المرضى الذين لا يعانون من كيتونات في نفس فترة المدرسة.

٤ – مشكلات ضبط مرض السكري Problems with diabetic control

تتفاعل العديد من العوامل الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية، وتتداخل في قدرة الأطفال والمراهقين على التحكم بالمرض وضبط المستوى الطبيعي لنسبة السكر بالدم، ويتميز سلوك المراهق بالتمرد Rebellion على القيام باختبار قياس السكر، وهذا السلوك عادي وفقاً لمرحلة المراهقة، ويظهر على العديد من المرضى، ويؤثر في ضبط مستوى سكر الدم لديهم وفي كثير من حالات التحكم الضعيف تكون الحالة عابرة ومتصلة بمشاكل في المترل، أو المدرسة، أو بصعوبة التعايش مع

المرض، لتأثرها بعادات وسلوكيات الأسرة والمدرسة، حيث إنها لا تعتمد فقط على الطفل، وإنما تتأثر بعادات وسلوكيات البيئة المحيطة به. (Greene&Newton,1997:11)

ومن مشكلات التحكم في ضبط مستوى السكر بالدم لدى الأطفال ما يلي:

- عدم الاستجابة لإرشادات الطبيب والوالدان سواء في أخذ الحقن، أو قياس السكر أو في اتباع الحمية.
- كثرة تناول الأطعمة الغنية بالسكر، ويعتبر سبباً شائعاً للتحكم الضعيف، خاصة عند الفتيات.
- عدم أخذ حقنة الأنسولين missing insulin injection وخاصة عند البنات بغرض تخفيض الوزن، أو اختبار استجابة الجسم لانخفاض الأنسولين، أولإنكار وجود المرض، وفي حالات قليلة الخوف من وخز الحقنة. ويسبب انخفاض الأنسولين زيادة في الكيتونات (Kent&Gill,etal,1994: 778-781)
- الخوف من انخفاض نسبة السكر Fear of hypoglycemia حيث يأخذ الطفل جرعة الأنسولين بعد تناول الوجبة وليس قبلها، لاعتقاده بأن ذلك سيؤدي إلى مستوى جيد لضبط نسبة السكر.
- الفشل في علاج أزمات المرض Failed crisis management ويظهر لدى بعض الأطفال الذين لا يعطون أولوية لأساليب العلاج، حيث إنهم لا يتناولون جرعة الأنسولين إلا عند ظهور الأعراض المرضية وخاصة عند ظهور الكيتون في البول.
- تناول جرعات زائدة من الأنسولين Overinsulinization حيث تسبب السمنة وتؤدي إلى مقاومة امتصاص الأنسولين، وفي بعض الأحيان تكون مصحوبة بانخفاض في نسبة السكر بالدم. (Rosenbloom,etal,1985:103-131)

ثالثاً: المشكلات النفسية Psychological Problems

يُعاني الطفل المريض بالسكري من مشكلات نفسية كثيرة ومتعددة، باعتبار أنه مرض مزمن ويحتاج إلى علاج مستمر طوال العمر (حقن يومي مـرة أو مـرتين، تنظيم الغذاء، قياس مستوى السكر، تمارين يومية)كُل هذا يُشعر الطفل بأنه شخص غير طبيعي، بالإضافة إلى شُعوره بالغيرة تجاه أقرانه، علاوة على شُـعور الوالـدان بالذنب والقلق تجاه طفلهما المصاب بالمرض، مما ينعكس علـى حالتـه النفـسية، خاصة في مفهوم الذات والاستجابة الانفعالية. (حسين،١٩٨٧: ٦٤).

ويرى لازاريوس lazarus أن الأمراض المزمنة تمر بثلاث مراحل:

الأولى: مرحلة الاستجابة بمعرفة المرض: وتعني سلوك المريض عنـد إدراكـه للمعلومات التي عرفته بمرضـه، نوعهـا ومـداها وحـدها، أي مـاذا يفعـل المريض عند معرفته بحقيقة مرضه، وهذا يـرتبط بخلفيـة المـريض عـن المـرض Representation، وفي هذه الحالة يرتبط خوف المريض بخبراته السابقة عن المرض ومدى خطورته.

الثانية: مرحلة التعامل Coping وفي هذه المرحلة يتحول خوف المـريض إلى قلـق ويبدأ سعيه إلى العلاج، حيث تقل حدة الخوف، وتتحول إلى قلق مرتبط بنتائج العلاج.

الثالثة: مرحلة الاعتراف بالواقع: وبأنه مريض بمـرض مـزمن Apprasisal، حيث ينتقل من إنـسان سـليم إلى مـريض يعـاني مـن مـرض مـزمن. (Burish&Laurence,1983:17)

ويُظهر الأطفال والمراهقون مرضى السكري درجة ملحوظـة مـن الـصلابة النفسية لمواجهة المرض عن كبار مرضى السكري، إلا أن بعـضهم يعـاني مـن اضطرابات ترتبط بمراحل بداية المرض، والتي تتميز بشكاوي جـسمية Somatic Complains وانسحاب من الحياة الاجتماعية Social with drawl واضـطرابات

النوم disorders Sleep والاكتئاب Depression والقلق Anxiety ولكنها مؤقتة، وقد تظل هذه الاضطرابات لدى البعض منهم بعد المرحلة الأولى من المرض.
(Ryan,1997:1)

فعندما يعرف الطفل بأنه مريض بالسكري فإن أفكاره الأولى تُركز على الألم الجسمي Physical Pain لطول مدة العلاج واستمرار الحقن بالأنسولين Insulin injection وإجراء اختبارات سكر الدم Blood glucose tests، إضافة إلى ذلك فإن الإصابة بالسكري تُعتبر مؤلمة انفعالياً، وقد تلتئم بعض هذه الآلام، ولكنها في الغالب قد تظل وتمثل صعوبة على الأطفال، حيث يحولون انتباههم Attention وطاقاتهم Energy نحو مهام أخرى لمتطلبات العلاج، فكل طفل مريض بالسكري يشعر بالألم النفسي Feels emotional pain عند تشخيص حالته، ويزداد هذا الألم في الأوقات التي يواجه فيها متاعب في العناية الذاتية لضبط نسبة السكر، وكنتيجة لذلك فإن الأطفال الذين يشعرون بهذه المعاناة من الألم النفسي يكونوا أكثر صعوبة وإزعاجاً في العناية بأنفسهم والتحكم في مرضهم.

كما أن هناك استجابات أخرى للأطفال تتمثل في: الغضب Anger، الخوف Fear الاستياء Resentment ومقاومة متطلبات العلاج وقد تتعمق بعض هذه الاستجابات وتحدث الاضطراب الانفعالي لديهم. Emotional turmoil
(Wysocki,1997:23)

١- بعض الاستجابات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال مرضى السكري:

ترتبط الاستجابات النفسية لدى بعض الأطفال بطبيعة شخصياتهم (نمط الشخصية) حيث تكون قابلة للتعرض للاضطراب الانفعالي بصرف النظر عن الإصابة بالمرض. فالأطفال الذين يعانون من علامات مميزة لخبرات سيئة punctuated أو الذين لديهم تاريخ عائلي مضطرب نفسياً قد يواجهون صعوبة

في مواجهة المرض نتيجة لاضطرابهم الانفعـــالي. (Wysocki,1997:26)، ومعظـــم الأطفال المرضى بالسكري يتعرضون إلى المراحل التالية:

أ- مرحلة الحزن في بداية التشخيص Grieving Process

تعتبر بداية تشخيص المرض جزءاً من عملية الحداد والحزن للإصابة بـــالمرض، وتختلف استجابة كل طفل مريض بالـــسكري عـــن الطفـــل الآخـــر، وتتنـــوع الاستجابات من الخوف من الحقنة (الوخز) إلى الوصول لحالة الاكتئاب كمـــا في الكبار والمراهقين، وفي غالبية الحالات تكون الاســـتجابة مؤقتة،وقـــد لا يمكـــن ملاحظتها بعد عدة أشهر من الإصابة. (Kovacs,etal,1990:619-632)

ب- الاستجابات الانفعالية المرتفعة Emotional Flare- Ups

تظهر هذه الاستجابات في المراحل التي يواجه فيها الطفل صـــعوبة في عمليـــة النمو مثل بداية مدرسة جديدة، كما تستمر الكثير من الاستجابات المرتفعة عنـــد ظهور مواقف انفعالية. ويمر الأطفال بفترات من التـــهيج الانفعـــالي Emotional turmoil مثل: الغضب، الاستياء، إنكار المرض بشدة، الشعور بعدم العدالة، وقـــد تستمر هذه الاضطرابات لعدة سنوات بعد التشخيص، وتظهـــر بوضـــوح لـــدى الأطفال الذين يعانون من خبرات سيئة في حياتهم مثل: الطلاق، الفشل الدراسي، رفض الزملاء، ومشكلات في صورة الجسم، لأنهـــم أكثـــر عرضـــة لاســـتمرار الصعوبات الانفعالية للتوافق مع المرض. وقد يحتاجون إلى رعاية من متخصصين في العلاج النفسي والعلاج الأسري. (Kovacs,etal,1990:159-165)

جـــ- المرحلة الحرجة Crucial

تُعد الأشهر القليلة بعد التشخيص مرحلة حرجة لتحديد خطوات ومتطلبـــات علاج الطفل وتوافقه فيما بعد للمتطلبات العلاجية، وقد أظهرت الدراســـات أن تقديم المـــساعدة عـــن طريـــق العـــلاج الجمـــاعي Group therapy والعـــلاج

التدعيمي Support groups تؤثر في قدرة الطفل في توافقه مع المرض، وخاصة إذا قدم مباشرة بعد التشخيص. (Wysocki,1997:27)

وفي هذه المرحلة قد يُعبر الطفل عن الغضب أو الاستياء والإحباط نتيجة الإصابة بالمرض وهذا ما يزعج الوالدان ويجعلهم في وضع غير مريح، لأنهم لا يستطيعون فعل أي شيء قد يغير في الموقف أو يثبته، وقد تكون استجاباتهم محبطة للطفل مما لا يشجعه على التعبير عن انفعالاته، فيلجأ الطفل إلى تجاهلها أو تقليصها أو تغيير موضوع الحديث عنها، أو التحدث عنها مع أشخاص آخرين. (Hauser&Jacobson,etal,1985:99-108)

ويستجيب الوالدان لأطفالهم المرضى في هذه المرحلة بالكرب Anguishing والألم النفسي للإصابة بالمرض، بتقديم المساعدة عن طريق الاستماع والتعاطف Sympathize ويشعرون الأطفال أن انفعالاتهم طبيعية ومتفهمة لديهم. (Kovacs,etal,1985: 568-575)

ومن نتائج الدراسات التي أجريت على الأطفال مرضى السكري في سن المدرسة (٦-١٢) التي توضح المشكلات النفسية عندهم، ما يلي:

تؤكد نتائج دراسة برجني وآخرين (Bregani,etal,1979:159-163) وهي من أقدم الدراسات، أن فترة النمو للأطفال مرضى السكري غالباً ما تبدأ بشعور وإحساس عالٍ بالإحباط Heightened sense of frustration ووصمة اجتماعية Social stigma نحو قيود التغذية Dietary restrictions وشعورهم بعدم المقدرة والكفاءة Feeling of inadequacy لاختلافهم عن أقرانهم.

ويرى ليفرتون (Leaverton,1979:452) أن معظم الأطفال مرضى السكري في سن المدرسة، يرفضون ويقاومون Resentment اتباع خطة الحمية Planned diet المحددة لهم حتى لا يشعرون بالاختلاف عن أقرانهم.

ويتفــق ســنوك وســكينر (Snoek&Skinner,2000:10) مــع ليفرتــون Leaverton في أن قيود نظام التغذية تشعر الأطفال مرضى الــسكري بالوصــمة الاجتماعية لاختلافهم عن أقــرالهم وتــؤدي إلى ارتفــاع الــشعور بالإحبــاط Frustration.

ويرى زبنجر وآخرين (Zuppinger,etal,1979:153-158) أن الأطفال لديهم صعوبة في برنامج الوجبة المحددة Difficulty in accommodating meal schedules في النشاط المدرسي وصعوبات عامة في اتباع نظام الحمية وذلك لمقارنة أنفسهم مع زملائهم.

ويتفق لبمان وآخرين (Lipman,etal,1989:330-332) مع زبنجر Zuppinger في أن الحد من ممارسة النشاط وتقييد حرية الأطفال المرضى لتعارضها مــع نظــام العلاج والغذاء والخوف من انخفاض السكر لديهم، يولد الشعور بالنقص Sense of inferiority لاختلافهم عن زملائهم.

ويرى بوند وآخرين (Pond,etal,1995:297-299) أن قيــود الغــذاء Food restrictions والانتظام على وقت الوجبة Meal timing Regularity، وتكــرار قياسات سكر الدم، والحقن بالأنسولين تؤدي إلى شعور الأطفال المصابين بمــرض السكري باختلافهم عن أقرالهم، ويضيف ذلك عبئاً آخراً عليهم.

ويضيف ريدن وآخرين (Ryden,etal,1994:285-291) أن ضعف القدرة على التحكم بالمرض Poor glucose control تؤدي إلى ســوء التوافــق الاجتمــاعي والانفعالي Poor social-emotional adjustment

ويرى جوهنسن (Johnson,1980:95-116) أن ضعف القدرة على الــتحكم ترتبط بمظاهر انخفاض صورة الذات Low Self-esteem

ويتضح من العرض السابق لنتائج الدراسات المرتبطة بالاستجابات النفسية للمرض لدى أطفال سن المدرسة ما يلي:

- تنوع الاستجابات من حيث الخوف والحزن والاكتئاب، ومرور الأطفال بفترات من التهيج الانفعالي، ترتبط بالغضب والاستياء وإنكار المرض والشعور بعدم العدالة.
- الشعور بعدم المقدرة والكفاءة، لوجود صعوبات في ممارسة النشاط المدرسي، واتباع النظام الغذائي.
- الشعور بالوصمة الاجتماعية لاختلافهم عن أقرانهم، حيث يولد لديهم مشاعر الإحباط والنقص والخجل والانسحاب من الحياة.
- انخفاض صورة الذات، وضعف في التوافق الاجتماعي والانفعالي.

٢- التوافق الانفعالي مع المرض

يُعتبر التوافق الانفعالي مع المرض عملية وليس حدثاً process not event وتتطلب جهداً متواصلاً من الطفل وأسرته، إلا أن هناك بعض الأفكار الخاطئة التي تعطل عملية التوافق، والتي منها:(Wysocki,1989:524-529)

- الاعتقاد أن معظم التجارب السيئة Bad experiences تعود للمرض، وغالبا ما يكون هذا مصحوبا بالشعور بالمرارة الشديدة، تجاه المرض وكل ما يتصل به.
- تحديد هوية الشخص Identity بصورة رئيسة وعامة، بمصطلحات تشير إلى وصفه بالمرض "طفل سكري " Diabetic Child، والأصح وصفه" بطفل مريض بالسكري" Child With Diabetes.
- الاعتقاد بأن الأشخاص غير المصابين بالسكري لا يمكنهم التفاعل، أو إظهار تعاطف compassion تجاه تجارب الأشخاص الذين لديهم السكري.

- الإصرار Insistence على أن التوافق الجيد Better adjustment مستحيل، وعلى ذلك فإن التعاون في العلاج غير مجدٍ Useless.
- تجنب التفاعل مع الآخرين الذين لديهم المرض، ورفض acquire الحصول على معلومات جديدة عن المرض.
- الاعتقاد بأن المرض يضع العديد من القيود في الحياة، التي تقف عقبة أمـــام الفـــرد في الحـــصول علـــى الفـــرص الطبيعيـــة Normal range of opportunities واختياره للخيارات المختلفة مستقبليا Alternatives.

بالإضافة إلى الأفكار الخاطئة السابق ذكرها، هناك أخطـــاء قـــد يرتكبـــها الوالدان نحو أطفالهم المرضى بالسكري، وتعطل عملية التوافق الانفعالي. فعلى سبيل المثال منها:

- استمرار التفاعل السلبي، وتوجيه النقد للطفل نحو التقصير في العناية الذاتية للمرض، وعدم الاستجابة بالتشجيع، والاعتراف بنجاح الطفل في ذلك.
- تفسير المرض وإرجاعه على أنه عقاب، لأخطاء ارتكبت في الماضي.
- عدم كفاية التدعيم الانفعالي من الوالـــدان والإخـــوة، وعـــدم الـــشعور بالارتياح لمناقشة الجانب الانفعالي للتوافق مع المرض.
- تكرار التسامح للطفل بتفادي avoiding المسؤوليات والتـــصرف علـــى أنـــه مريض.
- تمييز الطفل preferential المريض بالسكري وتفضيله على باقي إخوته.
- عـــدم الاعتـــراف والتقـــدير acknowledgment لمزايـــا ومهـــارات الطفـــل الـــتي حققهـــا في الجوانـــب الأخـــرى مـــن حياتـــه. (Hauser&Jacobson,etal,1985:99:108)

ويرى ويسوكي (Wysocki,1997:25) أن تحقيق عملية التوافق الانفعالي للطفل وأسرته، تتم من خلال الجوانب التالية:

- التحكم في المرض لا يعني فقط الجانب الطبي، والمحافظة على مستوى معين لضبط السكر ولكن التحكم يتطلب أن يعيش الطفل حياته، بإشباع احتياجاته الشخصية بصرف النظر عن الإصابة بالمرض، ليشعر بالنجاح في جوانب متعددة من حياته في المدرسة، سواء عند ممارسة الرياضة، أو عند التعامل مع الزملاء..إلخ. حتى لا يعطله المرض عن السعي لتحقيق الأهداف.
- أن لا يشغل المرض إلا حيزاً صغيراً من أفكاره، وطاقاته خلال اليوم. وأن تصبح أنشطة العناية الشخصية عادات روتينية Automatic habits وتأخذ نفس المستوى من الدلالات الانفعالية، المرتبطة بأداء الواجبات المنزلية مثلاً. وألا ينظر إلى هذه الأنشطة على أنها ضرورية لتحقيق المعيشة الصحية أكثر منها صعوبات ثقيلة.
- أن يستطيع الطفل عند الضرورة، أن يكون قادراً على إخبار الآخرين عن مرضه، دون الشعور بالخجل أو الإحراج.
- أن يشفوا سريعاً من بعض المضاعفات، وأن ينظروا لها على أنها فرصة للتعلم، والتحدي لهذه المواقف مستقبلاً، أكثر من كونها أزمات أو صعوبات Curse .
- احترام وتقدير الأشخاص القريبين من الطفل، لقدرته على التعامل مع المرض بدون إشعاره بالإحباط، أو عدم التشجيع Discouraged.

وبالرغم من الاستجابات السلبية للمرض، إلا أنها استجابات طبيعية، ويجب على الأسرة التعرف عليها والتعامل معها، حيث إنه من المتوقع أن يعاني الطفل من فترات انخفاض في الحالة الانفعالية Emotional low points .

ويحدد كوفاكس وآخرين (Kovacs, et al,1990:159-165) مجموعة من الأساليب التي تساعد الوالدان على مواجهة الحالة الانفعالية لأطفالهم المرضى بالسكري ومنها:

- توفير بيئة أسرية تُمثل جواً عاطفياً تدعيمياً Supportive family environment، لتقليل فترات الانخفاض الانفعالي وما قد يهب من عواصف انفعالية Emotional storms.
- المعرفة بالمرض Diabetes knowledge، وتلعب دوراً هاماً في مساعدة الأسرة للتعامل مع هذا الجانب الانفعالي، كما أن لها تأثير في التخفيف من مشاعر الذنب Feelings of guilt لدى الأسرة والتعامل مع القلق Anxiety المرتبط بمضاعفات المرض على المدى الطويل Long-term complications.
- التثقيف الصحي Education ويقلل من المخاوف المرتبطة بالإصابة بالمرض في المراحل الأولى، ويؤدي إلى تحسين المعلومات Refining knowledge عن المرض، وليس هذا كافياً للتعامل مع المشاعر المعقدة Complex feeling، لأن المرض يمثل عبئاً انفعالياً على الأطفال ووالديهم وباقي أفراد الأسرة، لأنه يظهر في كل جانب من جوانب الحياة اليومية، ويضيف عبئاً ثقيلاً على الأسرة.

وفي هذا المجال يجب أن تأخذ مسؤولية العلاج أقل حيز أو درجة Stirs up من الوقت والطاقة، وأنه من الصعوبة أن تنفذ هذه المسؤوليات بمشاعر سلبية مثل الغضب Anger، الشعور بالذنب Guilt الاستياء Resentment، التذمر burnout، والخوف. فكل طفل يشعر بهذه المشاعر فترة من الزمن ولكن من المهم أن يتعلم

الطفـــل والوالـــدان المـــرور بهـــذه المـــشاعر دون أن تعطلـــهم لفتـــرة طويلة. (Wysocki,1997:24)

رابعاً:المشكلات الاجتماعية Social Problems

تؤثر إصابة أحد أفراد الأسرة بمرض السكري في الأسرة ككل، وتحدث فيهـا نوعاً من الاضطراب خاصة إذا كان المصاب طفلاً أو مراهقاً، وتمثل الفتـرة الأولى من الإصابة بالمرض أزمة على الأسرة ككل، وتتطلب تدخلاً علاجيـاً سـلوكياً واجتماعياً ونفسياً، وفي السنة الثانية يحدث فيها صعوبات في عمليات التوافق مـع المرض، وكثير من الأطفال يصلون إلى درجة منخفضة من الالتزام في العام الثالث، أما في سن المدرسة فإن هناك فرصة لمنع التدهور المتوقع في الالتزام بالعلاج الـذي يحدث في مرحلة المراهقة. (Anderson,1990:85-101)

لا يستطيع الطفل أن يحقق الالتزام بالعلاج وحده، ولا يقدر على التحكم في نسبة السكر بالدم بمفرده، وإنما تتداخل عوامل أسرية كنوعية العلاقات، وطبيعـة الاتصال، والاستجابات النفسية للوالدين والإخوة في قدرة الطفل المـريض علـى الالتزام بالعلاج.

ولتوضيح تلك العوامل ستعرض الجوانب المرتبطة بها من حيث: معنى الالتـزام والعناية الذاتية للطفل، الاستجابات النفسية لأعضاء الأسرة، وأثر العوامل الأسرية في الالتزام بالعلاج والتحكم في مستوى نسبة السكر بالدم.

١- الالتزام بالعلاج والرعاية الذاتية Adherence and self care

يقصد بكل من مصطلحي الالتزام Adherence والإذعان Compliance الدرجـة التي يتبعها المريض في تنفيذ نظام علاجي محدد له. (Johnson,1992:1658-1667)

وتشير الرعاية الذاتية إلى مدى كفاءة وقدرة الطفل المريض في التعامـل مـع المرض، وتتضمن سلوكيات الرعاية الذاتية أخـذ حقـن الأنـسولين، الحميـة، القياسات، التمارين البدنية. (Glasgow,etal,1987: 399 -412)

ويتطلب الالتزام قبول خطة العلاج، وتحقيق أهدافه، بمعنى قدرة الطفل على تحمل مسؤوليات العلاج باستمرار وبشكل متناغم ومتناسق مع أداء مهامه، ويختلف الالتزام باختلاف مراحل العمر، فقد يظهر بعض الأطفال المرضى نوعاً من الالتزام الأفضل، الذي قد يرجع لتدخل الأسرة ومساعدتها للطفل في تنفيذ مهام العلاج أكثر من المراهقين. (Johnson,etal,1992:537-553)

ويعتمد الالتزام بالعلاج على ثلاثة عوامل أسرية رئيسة وهي:

- قدرة الأسرة على وضع مسؤوليات العلاج كجزء من الروتين اليومي.
- التحديد الواضح لمسؤوليات العلاج لكل عضو من أعضائها.
- تعاون أفراد الأسرة على حل مشكلات المرض (Jacobson &Hauser,etal,1990:511-526)

وتتضح أهمية الالتزام في التالي:

- التحكم في مرض السكري Diabetes Control يمنع حدوث المضاعفات، ويتم بتحقيق مستوى مستمر لمعدل السكر يكون قريباً من المعدل الطبيعي على المدى الطويل، أو تقليل المدى للمضاعفات الكبيرة على المستوى الطويل كإصابة العيون، الكلى، الأنسجة الدموية، الأعصاب.
- الالتزام الضعيف مع الخطة العلاجية Poor adherence With the treatment plan، يمنع من تحقيق أفضل معدل ممكن للتحكم، وتزداد مخاطره في المستقبل وعلى المدى الطويل تحدث مضاعفات المرض. ويعد الالتزام الضعيف أحد الأسباب الرئيسة لدخول المستشفى وغرف الطوارئ، لارتفاع الكيتون والانخفاض الشديد في سكر الدم. (Wysoki,etal,1989:267-284)

وتؤكد دراسة جاكبسون وآخرين (Jacobson,etal,1990:511-526) أن الالتزام الضعيف يعد العامل الأساسي للتأثير الضار في الصحة، كما يعد أحد

المصادر الشائعة للنزاعات والنقاشات بين الطفل المريض ووالديه، حيث يواجه الطفل صعوبات عديدة في الالتزام بخطة العلاج.

ويحدد ويسكوي (Wysocki,1997:93-95) أهم الصعوبات التي تواجه التزام الأطفال بأساليب العلاج في التالي:

- تتطلب الرعاية الجيدة بالمرض الوقت والطاقة، والأطفال يفضلون قضاء الوقت في الأنشطة الأخرى.
- يعتبر الأطفال أن أساليب العلاج مؤلمة، وتحرمهم من الأطعمة والمشروبات المفضلة لهم، أو اللعب.
- أداء الأطفال لمهام العلاج قد تذكرهم بالمرض، وتعطي لهم دلالة على اختلافهم عن الآخرين، كما أنه ليس هناك عائد مباشر أو فائدة من الالتزام لأن المرض لن يزول.
- يعتقد الأطفال بعدم الأهمية في تحمل كل جزء من أجزاء مهام العلاج.
- يتعارض العلاج مع تحقيق أهداف الأطفال كتحقيق وزن مفضل، حيث يرون وخاصة الإناث أن التحكم الجيد والغذاء الصحي قد يسبب زيادة في الوزن غير المرغوب فيه، كما أن الاهتمام بالوزن قد يقود الفتيات وخاصة المراهقات إلى التقليل من كمية الوجبة أو جرعة الأنسولين لتخفيض أوزانهن.
- إهمال الطفل في بعض الأوقات لسلوكيات الالتزام بالعلاج، لا يظهر آثار مباشرة لها، ولكن استمرارها يؤدي إلى تفاقم النتائج السلبية.
- أحياناً تشير نتائج اختبار الطفل المريض بالسكري لنسبة السكر بالدم إلى نتائج غير مرضية، فتؤدي إلى كثير من الصراعات بين الوالدان، عوضاً عن تشجيع الطفل بسلوك القياس.

- يتسبب الخوف من انخفاض نسبة السكر بالدم لدى بعض الأطفال في زيادة كمية الأكل، ليمنعوا ردود فعل الانخفاض.
- قد يؤدي حرص الوالدان الزائد على إلزام الطفل بتنفيذ مهام العلاج بدقة، إلى انطباع لديه بضعف قدرته على التحكم بالمرض بسبب فشله في الرعاية الذاتية، كما أن إلقاء اللوم على الطفل باستمرار يجعله يشعر بالفشل و ليس أمامه فرصة لتحقيق تحكم جيد في المرض.

وتشير نتائج دراسة أندرسون وآخرين (Anderson,etal,1997:1-8) على أن الأطفال مرضى السكري في سن المدرسة، قادرون على تنمية مهاراتهم في مجالات متعددة (علمية،فنية،رياضية، القدرة على التحكم الذاتي) وذلك من خلال سنوات الدراسة في المرحلة الابتدائية، وفقاً للنمو الطبيعي لتلك المرحلة. ويمكن استغلال هذه القدرة على تنمية المهارات في إكساب الطفل القدرة على تحمل مسؤوليات العلاج تدريجياً، بالمشاركة في كل جوانب الرعاية الذاتية للمرض، وتقع على الوالدان مسؤولية تحويل مهام الرعاية لهم، مع مشاركتهم المسؤولية.

ومن الأساليب التي تساعد الوالدان على زيادة قدرات أطفالهم المرضى وتنمية مهاراتهم في الرعاية الذاتية والالتزام بالعلاج ما يلي:

- استخدام التدعيم الإيجابي لاكتساب السلوك المرغوب، وذلك بتشجيع الطفل على أداء مسؤولية العناية الذاتية المتوقعة منه ومكافأته على هذا السلوك من حين لآخر مع منحه فرصة للتحدث عن إنجازاته. (Rubin,etal,1989:28A)
- الاتصال المباشر بالطفل وإظهار مشاعر الدفء العاطفي Warmth-Caring مع التوجيه لأساليب عملية التحكم Guidance-Control ومهارات حل المشكلة Problem Solving تؤدي إلى نتائج جيدة مع الأطفال. (Waller,etal,1986:415-418)

- الأسر التي تدعم وتكافئ أطفالها المرضى على الالتزام يكون أطفالها أكثر التزاماً من أطفال الأسر التي تنقد وتعاقب على الالتزام الضعيف.
- توفير بيئة أسرية تتميز بالدفء العاطفي، والتقبل ووضع الحدود Consistent limits تساعد الطفل على اكتساب وامتصاص قيم أساسية في جوانب حياته، بما فيها العناية الذاتية (الصحية).
- تحديد واضح للمسؤوليات والتوقعات بما يجب أداؤه، ومتى، وكيف، ومن يقوم بها، وهذا يحقق للطفل التزاماً ثابتاً لاستمرار العلاج. (Anderson,etal,1990:477-492)

٢- العلاقات الأسرية وتأثيرها في الالتزام بالعلاج

تؤثر العلاقات الأسرية في التحكم الأيضي Metabolic Control وخاصة عندما يتشارك الوالدان في مسؤوليات العلاج، حيث يرى جوهنسون (Johnson,1990:30-57) أن الأطفال مرضى السكري يحققون نتائج جيدة في التحكم بالمرض، عندما يقوم الوالدان بدور فعال في مساعدتهم على تنفيذ مهام العلاج، في حين يحقق المراهقون تحكماً أفضل عندما يشاركهم الوالدان مسؤوليات العلاج.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى تأثير العلاقات الأسرية في التحكم الجيد، ويتحقق التحكم الجيد Metabolic Control للمرض عندما تتصف العلاقات الأسرية بما يلي:

- درجة التماسك Cohesion وانخفاض درجات النزاع Conflict بين أفراد الأسرة.(Wulsin,etal,1993:1061-1066)
- مهارات الاتصال الجيدة بين أعضاء الأسرة Better Communication Skills (Wysoki,1993:441-452) الاتجاه الأسري نحو الإنجاز Achievement (Edelstein&Linn,1985:541-544)
- وجود مستوى عالٍ من التدعيم الاجتماعي Social Support بين أعضائها. (Hanson,etal,1987:529-533)

- ارتباط العلاقة بين الوالدان. (Marteau,etal,1987:823)
- نوعية البناء الأسري Family Structure من حيث قلـة النزاعـات Less Conflict التخطيط للأنشطة Planning activities لمواجهـة المـشاكل (Jacobson,etal,1994:401-409)
- نوعية العلاقات الأسرية من حيث التوافق الزواجي، وقضاء وقت طويل مع الأطفال، ومنح الثقة للطفل المريض في قدرتـه علـى مواجهـة بعـض الـصعوبات بمفـرده تـؤدي إلى زيـادة قدرتـه علـى الالتـزام. (Wysocki,1993:441-452)

ويرى ويسكوي (Wysocki,1996:119-125) أن هناك بعـض الـضغوط الأسرية تؤثر في الأطفال والمراهقين مرضى الـسكري، وتحـدث فوضـى Disrupt وتؤدي إلى ضعف في التزامهم بالعلاج، ومن هذه الـضغوط مـا يلي:

- الصراعات الأسرية وخاصة المشكلات الزوجية.
- الانفصال والطلاق والصراعات المحيطة بهم، وما ينتج عنها مـن تـدليل للطفل من أحد الطرفين.
- الضغوط الناتجة عن الأداء المدرسي.
- أسلوب التعامل مع الجانب النفسي للمرض.
- الهموم المالية Financial worries.
- التوافق مع ردود أفعال الآخرين نحو المرض.

٣- الاستجابات النفسية الشائعة بين الوالدان والإخوة وتأثيرهـا في الالتـزام بالعلاج

أ- الاستجابات النفسية لدى الوالدان

يواجه الوالدان وخاصة الأمهات صعوبات في التوافق الانفعـالي Emotional adjustment difficulties مع المرض أكثر من أبنائهن وبناتهن مرضى الـسكري.

فمن الشائع بين الأسر التي لديها ابن حديث التشخيص بالمرض، أنه في اليوم الثاني، أو الثالث من دخوله المستشفى بإمكانه أن يتوافق انفعاليا مع الاضطراب Upheaval والصدمة Trauma بينما يستمر الوالدان في البكاء Tearful وعدم الراحة.Upset (Wysocki,1997:31)

ومن أكثر الاستجابات النفسية الشائعة لديهم ما يلي:

الاكتئاب المسيطر Prevalence of depression

ويشيع حدوثه بين الأمهات عند تشخيص أطفالهن بالمرض وتتزايد مظاهره ما بين ٢- ٣ أشهر في العام الأول بعد التشخيص، وقد تكون المدة أقل بين الآباء ومن مظاهره:

- الحزن المستمر Persistent sadness ويتبعه في بعض الأحيان نوبات من البكاء.
- اضطرابات النوم والشهية.
- استرجاع Recurring أفكار سلبية عن أنفسهم.
- اضطرابات سيكوسوماتية مثل الصداع أو آلام أسفل الظهر.
- نقصان في الوظائف العقلية مثل التركيز والذاكرة.
- الانسحاب من الاستمتاع بالأنشطة الاجتماعية، و من العلاقات الاجتماعية.
- انخفاض معدل الأداء المترلي، أو في المسؤوليات الأخرى.

ومعظم الوالدان يستجيبون للاكتئاب، بعد التشخيص ويستمر ما بين ٦-٩ أشهر، أما مع الأشخاص الذين لديهم تاريخ سابق للإصابة بالاكتئاب، أو وجود ميول سابقة في الشخصية للاكتئاب، فقد يكونون أكثر عرضة لنوبات الاكتئاب، بعد هذه المدة أو تكرار في نوبات الاكتئاب. (Kovacs&Finkelstein,etal,1985:568-575)

ويوضح هيوستين وآخرين (Hauenstein,etal,1989:18-23) الفروق بين استجابات الأم والأب في التعرض للاكتئاب، حيث يظهر انخفاض في درجة الاكتئاب

عند الأب عن الأم، لأنه لا يواجه باستمرار الإجراءات العملية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمسؤوليات اليومية في التعامل مع الطفل المريض بالسكري.

أ – استجابات القلق الزائد Overanxious

يعاني بعض الوالدان من الخوف الزائد في انخفاض نسبة السكر لدى أطفالهم، وينتج عن هذا الخوف أعراض للقلق والتوتر. وقد يحقق الوالدان القلقان النجاح في تحقيق معدل جيد لنسبة السكر لأطفالهم، إلا أن ذلك يكون على حساب عذابهم وقلقهم.(Wysocki,1993:449)

ب– الاستجابات النفسية لدى الإخوة

يؤثر المرض في جميع جوانب حياة الأسرة كما أن له تأثيره في الإخوة، حيث يلعب الإخوة دوراً هاماً في منح الدعم الاجتماعي، لمساعدة أخيهم على التعامل مع تحديات التعايش مع المرض. ولذلك فإن المشكلات بينهم قد تقف عائقاً أمام تحقيق الالتزام، ومن أكثر المشكلات السلبية شيوعاً لدى الإخوة الغيرة والاستياء، وترجع إلى:

- منظور الأخ (الواقعي أو المتخيل) في أن الطفل المصاب بالمرض يحصل على اهتمام أكثر، وغير مطالب دائماً بالانضباط، وله مميزات.
- تحميل الطفل غير المصاب بالمرض بالأعباء Impositions مثل: (التعديل في عادات الأسرة الغذائية، تكرار الصراعات والتوتر المرتبطة بمهام العلاج، تقليل النفقة الاقتصادية).
- الخوف من الإصابة بالمرض.
- الشعور بالمسؤولية نحو الشقيق المريض. (Hauser,etal,1985:99-108)
- ولتدعيم الاستجابات الإيجابية بين الإخوة يراعى التالي:
- اعتبار المرض تحدياً للأسرة ككل، وإشراك جميع أعضائها في مسؤولية العلاج.

- التعرف على الاستجابات السلبية، وتأثيرها في الإخوة وليس في الطفل وحده.
- أن يشترك أعضاء الأسرة في تنفيذ مهام العلاج، وخاصة (الشقيق الأكبر) حيث يكون له دور معين في تنفيذ مهام خطة العلاج (كحفظ الدواء، مراجعة تاريخ صلاحيته، إعطاء الحقن، تسجيل نتائج قياس الدم).
- التعبير بالشكر للإخوة من حين لآخر، على مساعدتهم لشقيقهم.
- مكافأة وتدعيم الطفل المريض على نجاحه في العناية الذاتية، وكذلك مكافأة الإخوة على مساعدتهم، واتباعهم العادات الصحية السليمة.
- الشرح والتوضيح للإخوة، عندما تتعارض اهتماماتهم واحتياجاتهم مع خطة علاج شقيقهم. (Wysocki,1997:35)

٤- أساليب الاتصال في الأسرة وتأثيرها في الالتزام بالعلاج

إن التعامل مع مرض السكري يولد الكثير من الصراعات، التي تتطلب التفاوض والاتصال الجيد بين الأطفال ووالديهم، حيث يصبح الصراع مع المرض أكثر سهولة عندما يتضمن الحديث الصدق في التعبير عن المشاعر، وليس إخفاء المشاعر الحقيقية، أو إظهارها بصورة غير مباشرة، أو عدم التفاعل معها.

فقد أظهرت الدراسات، أهمية مهارات الاتصال في الأسرة، وخاصة عمليات التفاوض، وأساليب حل الصراعات، ويتضح أن الأسر التي لديها هذه المهارات تواجه مواقف الحياة التي تتعرض لها بما فيها صعوبة المرض بصورة أفضل. أما الأسر التي تعاني من صعوبة في استخدام مهارة عمليات الاتصال بفاعلية، فإنها تواجه العديد من المشكلات التي ترتبط ببنائها الأسري، فالأسرة التي يكون فيها طرف واحد من الزوجين، أو الأسرة المختلطة Blended families عادة ما

تواجه مشكلات في عمليات الاتصال، فينعكس على التحكم بالمرض. (Robin&Foster,1989:97)

وتحدث المشكلات للأسباب التالية:

- ضعف الاتفاق بين الوالدان Weak parental coalitions حيث يوجد في بعض الأسر أن الوالدان ليسوا على نفس الدرجة من الالتزام، إضافة إلى أن الجلسات العائلية محدودة، والارتباط الأسري قليل، فقد يسمح الأب مثلاً: للطفل المريض بتناول أي شيء لكسب رضاه، بينما تلتزم الأم بالتعليمات الخاصة بالعلاج، وعندما يشاهد الطفل هذا السلوك يتلاعب لصالحه.
- التقسيم: Triangulation حيث يكون الطفل المريض محصوراً في صراع بين اثنين، أو أكثر من أعضاء الأسرة، ويتنافس كل منهم على الحصول على دعمه، أو ولائه، ويحدث هذا في الأسر التي تعاني من خلافات زوجية شديدة، فيدفع الابن الثمن، حيث يغدق أحد الوالدان على الطفل الهدايا ومنحه مميزات، وفي مثل هذه الأسر فإن التعاون والتدعيم للالتزام بالعلاج يؤدي إلى ظهور مشكلات.
- الاتفاق عبر الأجيال: Cross-generational coalitions وهذه المشكلة مشابهة للتقسيم في الأسرة، ولكنها تشير إلى وجود نمط مستقر فيه الطفل مع أحد الوالدان، أو الأجداد واعتبار أنفسهم صفاً واحداً ضد الآخر في الأسرة، وهذا يمنع وجود الاتصال الطبيعي، مما يجعل الطفل يتلاعب بكل طرف ضد الآخر.
- تدخل المراهقين في الخلافات الزوجية Adolescent involvement in marital discord وتعتبر هذه مشكلة شائعة في الأسر التي تعاني من مشكلات زوجية، أو لديها مشكلات في إعادة التوافق لحياتهم الجديدة بعد

الطلاق أو الانفصال. ومن الشائع في هذه الأسر أن الأطفال يعانون من ضعف في الالتزام، ويكون الموقف ذا خطورة عندما ينتقل المراهق الذي يعالج من المرض للعيش مع الوالد الآخر الذي لا يضع حدوداً وتوقعات للنتائج السلبية، حيث تجعل المراهق في مشكلة مع الالتزام بالعلاج، وتقلل من قدرته على التحكم بالمرض. (Wysocki,1993:443-454)

- التعامل بمظاهر من التلاعب Dealing with Deception يظهر لدى بعض الأطفال مرضى السكري مظاهر من التلاعب في السلوك مع الوالدان، أو أعضاء الأسرة، أو الهيئة المعالجة بأساليب مختلفة، إلا أنه من الصعب تحديد مدى شيوعه، وتتمثل مظاهر التلاعب. **بعدة صور منها:**
  - ترك الغذاء الخاص بهم والمُعد من الأم لتناوله في المدرسة وأخذ طعام الزملاء.
  - قياس اختبارات دم الإخوة وتسجيل النتائج على أنها خاصة بهم، أو تسجيل نتائج وهمية.
  - تغيير كمية الأنسولين دون إشعار الوالدان، وهذا السلوك الخاطئ يقع فيه بعض الأطفال من حين لآخر. (Wysocki,etal,1995:67)

يجب على الوالدان ألا ينظروا إلى هذا السلوك باعتباره عدم أمانة من الطفل، فقد يلجأ إليه الطفل للحصول على الاستحسان منهم في الرعاية الذاتية، وقد يكون ما يتوقعه الآباء من الأبناء لمسؤوليات العلاج أكبر من قدراتهم الذاتية على تحمل مسؤوليات العلاج، أو قد يكون الطفل ليس لديه المهارة في تنفيذها.

الفصل الرابع

الخدمة الاجتماعية ومداخلها المهنية
في التعامل مع الأطفال المصابين بمرض السكري
(من النوع الأول) لتأهيلهم اجتماعياً

مقدمة:

أولاً: البناء العلمي للنظرية السلوكية والمعرفية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

ثانياً: استخدامات المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد.

مقدمة

تعتبر الخدمة الاجتماعية الطبية ميداناً له أهميته، من حيث اعتناؤها بالمريض كإنسان،له احتياجاته النفسية والاجتماعية التي يسعى لإشباعها، ليستفيد من العملية العلاجية. ولقد أدى التطور العلمي والتقدم التكنولوجي في معالجة الأمراض المزمنة، والشديدة الخطورة مثل: أمراض الكلى والقلب والسرطان والسكري، إلى ظهور أدوار لممارسة الخدمة الاجتماعية الطبية في علاج الجوانب النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض، وبمشكلاته الطبية للتعايش معه، باستخدام مداخل علاجية، مختلفة في الممارسة سواء باستخدام العلاج الفردي أم الجماعي مع المرضى.

وتستند الخدمة الاجتماعية الطبية في تدخلها المهني مع الأمراض المزمنة، على العديد من المداخل العلاجية المستمدة من النظريات النفسية المختلفة، مثل: السيكوديناميك، السلوكية، المعرفية..إلخ. وقد أوضحت الدراسات أن ممارسة أساليب العلاج السلوكي المعرفي، قد حققت نتائج إيجابية مع الاضطرابات النفسية، كما اتسعت عمليات تطبيق هذا المدخل مع مختلف حالات الأمراض المزمنة وأثبتت فاعليتها.

ويلاحظ في المراجع الرئيسة لممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، استخدام العلاج المعرفي السلوكي كاتجاه واحد للتدخل المهني، حيث إن معظم المراجع Textbooks الرئيسة لممارسة الخدمة الاجتماعية السلوكية، إما أن يكون العلاج المعرفي جزءاً من العلاج السلوكي أو يكون كل منهما جزئين منفصلين عن بعض. (Werner,1979:243-277)

ويرى باين (Payne,1997:115) أن التمييز بين العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي غير واضح، لأن النظرية المعرفية هي إخراج، أو امتداد لنظرية التعلم الاجتماعي أكثر من الاعتراف بها كنظرية مستقلة.

وسنتعرض في هذا الفصل إلى الموضوعات التالية:

أولاً: المنظور العلمي للنظريــة الســلوكية والمعرفيــة في الخدمــة الاجتماعيــة الإكلينيكية.

ثانياً: استخدامات المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد.

أولاً: البناء العلمي للنظرية السلوكية والمعرفية في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

بدأ تقديم النظريات السلوكية والمعرفية في أدبيات الخدمة الاجتماعيــة منــذ منتصف الستينات حيث قدم توماس (Thomas,1967) السلوكية، وقدم ويرنــر (Werner,1965) المعرفية ومنذ ذلك الوقت أصبحت الاتجاهات السلوكية والمعرفية من الاتجاهات الرئيسة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، ومــن الممكــن الجمع بينهما، كمنظور أساسي لممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

وفي دراسة لجيارتن (Jayaratne,1978) على عينة من الأخصائيون الاجتماعيين نشرت في أمريكا، وجد أن أكثر من ثلث الأخــصائيون يــستخدمون المــداخل السلوكية كموجه نظري لعملهم. وفي دراسة حديثة لستروم (Strom,1994) على عينة عشوائية من الممارسين للخدمة الاجتماعية، أشارت النتــائج إلى أن ٦٧% منهم يستخدمون الاتجاه المعرفي السلوكي كتوجه نظري في عملهم، و٣٢% منهم يستخدمون الاتجاه السلوكي كتوجه نظري، ومن نتائج الدراسة فقــد تــبين أن الاتجاه المعرفي السلوكي، والمنظور السلوكي، هما أكثر النماذج تطبيقاً بين هــؤلاء الأخصائيون الاجتماعيين، مقارنة بالنماذج الأخرى (النظريــة العامــة للأنــساق ٥٣%، والتركيــز علــى المهــام ٤٨%، الأنــساق الإيكولوجيــة ١١%، وسيكولوجية الــذات ٥٣%) وتــزداد نــسبة اســتخدام ســيكولوجية الأنــا فقط، مع الذين يستخمون النظريات السيكوديناميك حيث بلغت النــسبة ٨٣% (Thyer&Myers,1997:18)

ومعظم مدارس الخدمة الاجتماعية، تعطي مستوى معيناً من التـــدريب علـــى ممارسة النظرية السلوكية، وتحتوي معظم كتب الخدمة الاجتماعيـــة الرئيـــسة في الممارسة العامة على محتوى نظرية التعلم الاجتماعي، وحالياً تظهر اهتمامات كثيرة في كتابات الخدمة الاجتماعية السلوكية، كما أظهر كلٌ من المنظور الـــسلوكي، والسلوكي المعرفي تطبيقات لهما ذات فاعلية في مناطق حيوية لممارســـة الخدمـــة الاجتماعية الإكلينيكية،سواء مع الأفراد تاير (Thyer,1988) والأزواج، والأســـر، والجماعات والممارسة المجتمعية. روثمـــان وتـــاير (Rothman&Thyer,1984) وفي سياسية الرعاية الاجتماعية (Thyer,1996)،(Thyer&Myers,1997:19-20)

ومعظم مدارس الخدمة الاجتماعية تركز في مناهجها على نظرية الـــتعلم المعاصـــرة، وعلى طرق ممارسة النظرية السلوكية المعرفية. (Thyer&Wodarski,1990:144-152).

الممارسة الإكلينيكية في الخدمة الاجتماعية للنظرية السلوكية

Behavior Theory and Practice in Clinical Social Work

يرتكز المدخل السلوكي في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على قاعـــدة مـــن المفاهيم المستمدة من نظرية التعلم الاجتماعي Social learning theory وتستخدم نظريـــات الـــتعلم الاجتمـــاعي في شـــرح وتوضـــيح الـــسلوك الاجتمـــاعي. (Thyer&Myers,1997:19)

والسلوك Behavior:هو أي فعل أو استجابة للفرد، تتـــضمن الاســـتجابات الظاهرة والملاحظة والتغيرات الفسيولوجية التي يمكن قياسها، والاستجابات غـــير الظاهرة مثل الأفكار والخيالات والمشاعر. وبعض العلماء يعتبرون أيضاً أن الخبرات الذاتية هي سلوك (Barker,1995:33)

ويرى ثاير وميرز (Thyer&Myers,1997:19) أن السلوك ليس فقط، ما يقوم به الشخص وإنما ما يلاحظ، فالأفكار والمشاعر لا بد أن تشاهد كجزء من تكوين السلوك المعلن عنه والملاحظ أو الظاهر في الفعل، لأن الكثير من مشكلات الفـــرد

تتضمن تأثيراً واضحاً للمشاعر والأفكار، ويعتبران محوراً مركزياً في عملية تقدير السلوك والتدخل المهني، فالأفكار والمشاعر تتأثر بشدة بالمستجيب وبالاستجابة الإجرائية، أو السلوك الذي يتعلم بالملاحظة، وجميعها يمكن تعديلها بالتدخل المهني بميكانيزمات التعلم. وقد دعمت البحوث التطبيقية نظريات التعلم الاجتماعي، والتي تشتمل على عمليات الاستجابة الشرطية، والاستجابة الإجرائية والتعلم بالملاحظة . وعن طريق هذه العمليات الثلاثة يتعلم الإنسان المعايير، التي ينمو ويتطور من خلالها. (Bijou,1993;Schlinger,1995:Thyer,1992) والتي تعتبر إطار عمل لوضع إطار مفاهيمي لما هو مرضي للجانب المضطرب (Ullman&Krasner,1969) والمرتبط بالنظرية الشاملة عن الشخصية وتكامل عناصرها (Lundin,1974) وقد أصبح من الممكن تطبيقها بشكل واسع في الممارسة الإكلينيكية.

وتؤكد نظرية التعلم الاجتماعي على أن معظم عمليات التعلم يتم اكتسابها، بواسطة تصورات الناس وتفكيرهم حول ما يعايشونه، ويتعلمون ذلك بواسطة تقليد الآخرين من حولهم، وبالتالي فإن تقديم المساعدة خلال هذه العملية، يمكن أن يدعم العلاج. (Payne,1997:114)

وتقوم نظرية التعلم على المبادئ التالية:

- يتضمن السلوك الإنساني ما نفعله أياً ما يكون، ملاحظ أو غير ملاحظ، صريح أو مقنع، الأفكار والمشاعر والمدركات العقلية والأحلام، جميع هذه المظاهر تعد سلوكاً.
- معظم السلوك الإنساني وليس كله، يمكن اعتباره سلوك متعلم، من خلال تجارب الفرد الحياتية، ويحدث هذا التعلم من خلال عمليات الاتصال، والتفاعل على مدى حياة الفرد.

- هناك عمليات تعليمية أساسية تظهر في سلوك الفرد، وتحدث عبر الثقافات وأحداث الحياة، وعن طريقها نصل إلى الجانب المعياري للسلوك الإنساني، والذي بواسطته تقاس الاضطرابات والانفعالات والأفكار.
- العلاقات التفاعلية بين الأفراد، تعُد وظيفة لهذه العمليات التعليمية، والتي تظهر من خلال العلاقات الثنائية والجماعة والأنظمة والمجتمعات والظواهر الاجتماعية المتعددة، هذا المقياس المتسع للأنشطة إلى حد كبير عملية تعد أكثر تعقيداً من ميكانزمات التعلم.

ويحدد باركر (Barker,1995:34) مفهوم العلاج السلوكي: بأنه تطبيق لمبادئ تعديل السلوك في جلسات إكلينيكية للتقدير، وتعديل السلوك غير المرغوب فيه، باستخدام أساليب فنية مبنية على بحوث تطبيقية.

- هناك على الأقل ثلاث عمليات تعليمية رئيسة، مدعمة تطبيقياً وتشكل نظريات التعلم الاجتماعي، الاستجابة الشرطية - الاستجابة الإجرائية - التعلم بالملاحظة. (Thyer&Myers,1997:19)

١ - الاستجابة الشرطية Respondent Conditioning وتكون متفقة مع السلوك (أي شيء نفعله) ما هي الاستجابة نحوه (وتمتد بواسطة) المثيرات (الأشخاص، المواقف،الأحداث، أو عادة التفكير في البيئة) هذه العملية الشرطية تكون بواسطة تعلم السلوكيات .وهي إجراءات تستخدم في تعديل السلوك وتعتبر مرادفة للاستجابة الكلاسيكية لبافلوف. (Pavlov) (Barker,1995:140)

فعندما يستثير مثير غير شرطي Un conditioning Stimulus سلوكاً فطرياً، أو غير متعلم تحدث استجابة غير شرطية Un conditioning Response، وعندما يقترن المثير الشرطي لعدة مرات تحدث استجابة شرطية Conditioned Response مثلاً: الطعام مثير طبيعي (غير شرطي) يؤدي تلقائياً إلى استجابة غير مشروطة إفراز اللعاب. ففي تجارب (بافلوف) على الكلاب لاحظ أن الكلاب تسيل لعابها

عند سماع صوت الجرس وقبل تقديم (الطعام) مثير Stimulus طبيعي غير مشروط Unconditioned وبتكرار اقتران (قرع الجرس) كمثير مـــشروط Conditioned Stimulus وتقديم الطعام بعده مباشرة، أدى إلى استجابة مشروطة (إفراز اللعاب). (الشناوي،عبد الرحمن،١٩٩٨: ٦٩)

٢- الاستجابة الإجرائية لـــسكنر Operant Conditioning (Skinner)

وهي أسلوب من أساليب التعلم، عرفها سكنر Skinner بأنها عبارة عـــن تقويـــة أو إضعاف للسلوك، بتغيير أو تعديل النتائج التي تتبع ذلك، وهي التي تـــتحكم في الأحداث أكثر من النتائج الشرطية الطبيعية. (Barker,1995:112)

وتختلف عن الاستجابة الكلاسيكية التي تتميز بتأثير الـــتحكم في مـــسببات السلوك، بدلاً من الأفعال الناتجة عنه. وتدل الاستجابة الإجرائية علـــى الـــسلوك المتوقع في ضوء النتائج، وتشير المثيرات المعززة إلى النتائج المترتبة علـــى الـــسلوك. (عبد الرحمن،٢٠٠٠: ١٠٦)

وتتشكل العديد من أنماط السلوك وفقاً لنظرية التعلم من خـــلال المـــدعمات الإيجابية والسلبية، حيث يركز الاشـــتراط الإجرائـــي علـــى نتـــائج الـــسلوك. (Payne,1997:114)

وتؤدي الاستجابة الإجرائية إلى أحد المثيرات المعززة الآتية:

- التدعيم الموجب Positive Reinforcement ويقصد به مكافـــأة Reward السلوك المرغوب حال وقوعه، مما يؤدي إلى ازدياده وأدائه بـــشكل أكـــبر، فاستمرار السلوك نتيجة الحصول على المكافأة يزيـــد في معـــدل وقوعـــه في المستقبل، والاستمرار في عملية التقوية والتدعيم يظهر عملية التعزيز الإيجابي.
- التـــدعيم الـــسلبي Negative Reinforcement ويعـــني إزاحـــة Relief واستبعاد السلوك غير المرغوب فيه، ويتم تطبيقه من خـــلال إزالـــة مـــثير

مكروه عقب حدوث الاستجابة، حيث أن الفرد يزيد من سلوكه كي يتجنب المثير المكروه لديه.

- العقاب الموجب Positive Punishment ويعني عقاب السلوك غير المرغوب فيه حال وقوعه، مما يقلل من احتمالية حدوثه، فعند ظهور السلوك غير المرغوب فيه، يتم التعامل معه بشيء مكروه، وبالتالي لا يتكرر ظهور هذا السلوك، ويستخدم لإلغاء أو تقليل السلوك، لذلك سمي العقاب الموجب.
- – العقاب السلبي Negative Punishment ويقصد به الحرمان من الشيء المحبب للنفس مما ينتج عنه تقليل احتمالية وقوع السلوك في المستقبل، وهو عملية مشابهة لإزاحة السلوك غير المرغوب فيه، حيث إن كليهما يستخدمان في إلغاء، أو إنقاص السلوك غير المرغوب فيه، ويؤديان إلى تحسين السلوك المرغوب فيه، والعقاب سواء كان سلبياً، أم إيجابياً يعمل على التقليل من السلوك غير المرغوب فيه.
- الإطفاء الإجرائي Operant Extinction ويحدث عندما يتوقف الاقتران بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي، أو عندما تفقد العلاقة بينهما، حيث إن استمرار تكرار استجابة متعلمة بدون تعزيز، يؤدي إلى إطفاء السلوك. (Thyer&Myers,1997:23-27)

٣– التعلم بالملاحظة Observational Learning ويعرف بأنه التعلم عن طريق المحاكاة وتقليد الآخرين، ويستخدم كنموذج لمساعدة العميل على اكتساب سلوك جديد من خلال ملاحظة شخص آخر يؤدي هذا السلوك المراد تعلمه، وهو عكس إعطاء تعليمات شفوية للعميل بدون تمثيل فعلي لما يمكن أن يتوقعه، ويتم إرشاد العميل لهذا السلوك دون تعريضه لتعليمات لفظية من خلال تمثيل حقيقي لما هو متوقع، ويرتبط بنموذج لعب الدور والتدريب السلوكي لمساعدة العملاء على

اكتساب مهارات اجتماعية وبذل الجهود لاكتساب مهـارات الحيـاة اليوميـة وأساليب السلوك التوافقي. (Thyer&Myers,1997:27-28)

ويضيف كلٌ من كولـشيد وأورم (Coulshed&Orme,1998:159) نوعـاً رابعاً لأنواع التعلم الاجتماعي، وهو: التعلم المعرفي Cognitive Learning ويركز على أن الحديث الذاتي والأفكار الخاصة تحكم السلوك أيضاً، حيث إن نظرية التعلم التقليدية قد اهتمت بالتأثير الخارجي في السلوك، و تنظر إلى الأشخاص بطريقـة سلبية، باعتبار أن السلوك يتعلم من خلال التحكمات البيئيـة، إلا أن المعـالجين السلوكيين المعرفيين يرون بعداً هاماً يرتبط بمعنى الأحداث في العقول، فهي ليست أحداثاً مجردة، وإنما مرتبطة بما نشعر وما نفكر فيه.

وقد حاول سكنر Skinner أن يطبق مبادئ التعلم في تحليل الأحداث الخاصة وبعض الظواهر مثل:المشاعر والأفكار التي تحدث داخل الإنسان. ويؤكـد ثـاير وميرز (Thyer&Myers,1997:20) أن الممارسة السلوكية لا تهتم فقط بالـسلوك الملاحظ للعميل؛ لأن الكثير من مشكلات العميل تتأثر بأفكاره ومشاعره التي تعد نقطة ارتكاز أساسية في إطار التقدير والتدخل المهني السلوكي.

و يحدد كامبريل (Gambrill,1995) الملامح الرئيسة للعمل السلوكي في:

١- يركز على السلوك الذي يسبب المشكلة بالنسبة للعميل، أو المحيطين بـه، إذا تم تغيير السلوك يتغير ما يرتبط بهذا السلوك.

٢- يؤكد في أهمية مبادئ السلوك ونظرية التعلم.

٣- يقوم الأخصائيون السلوكيون بتحليل ووصف دقيق للمشكلة، المبني على الملاحظة المباشرة. وعلى عمليات التقدير والتدخل والتقييم وهذه العمليات لابد من تحديدها بدقة.

٤- تحديد العوامل المؤثرة في السلوك، وتغيير العوامل في الموقف والتعرف على نتائج التغيير

٥- اكتشاف تقديرات العملاء واستخدامها في عملية المساعدة.

٦- إشراك الأشخاص المهمين في حياة العميل في عملية العلاج بدرجة كبيرة.

٧- للتأكد من فاعلية التدخل المهني، يستخدم طرق بحث عديدة لقياس عائد التدخل المهني.

٨- يعتمد قياس التقدم على مقاييس ذاتية وموضوعية، ومقارنة المعلومات الحالية مع المعلومات عن الموقف قبل التدخل.

٩- يهتم الأخصائيون بتحقيق النتائج التي لها قيمة لدى العملاء.

١٠- يقوم الأخصائيون بمساعدة العملاء، على تعميم بعض السلوكيات في المواقف المشابهة، والمحافظة على التقدم الحاصل خلال الفترة التي تلي العلاج. (Payne,1997:115)

المارسة الإكلينيكية في الخدمة الاجتماعية للنظرية المعرفية

Cognitive Theory and Practice in Clinical Social Work

ظلت النظرية المعرفية نموذجاً قابلاً للتطبيق في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لمدة تزيد على ثلاثة عقود، وقد بدأت في الكتابات المبكرة لهارولد ويرنر (Werner,1965) التي فسر فيها تطبيقات اليس (Ellis,1962) للعلاج العقلاني الانفعالي كمدخل علاجي في أعماله. ويرى ويرنر(Werner,1986) أن الاتجاه المعرفي يتناول تحديد المبادئ والأسس المحددة للمشاعر والدوافع والسلوك، كمجال لتفكير الفرد والقائمة على أساس شعوري. (Werner,1986:91)

ومع بداية الثمانينات اتخذت النظريات المعرفية مكاناً متميزاً في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، من خلال أفكار جولدستين (1981-1984) Goldstein

الذي ربط بين أنماط السلوك والعمليات العقلية، لكتابات ويرنر Werner(1982-1986)، أما سكوت Scott (1979) فقد كان أكثر وضوحاً عندما أدخل بعض النظريات المعرفية في البناء النظري للخدمة الاجتماعية. ويعتبر شيلدون Sheldon(1995) من الكتاب الذين مزجوا بين الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية في إطار واحد. (Payne,1997:121)

وتعتبر النظرية المعرفية تطوراً من النظرية السلوكية، التي أصبحت حديثاً ترتكز على نظرية التعلم الاجتماعي، ونبعت من تراكم التطورات التي أوجدها كلٌ من اليس (Ellis,1962) في اهتمامه بالاعتقادات اللاعقلانية حول العالم، وبيك (Beck,1989) في التفكير غير السوي حول الذات والحياة والمستقبل، وجلاسر(Glasser,1965) في العلاج الواقعي. (Payne,1997:115)

ويحدد باركر (Barker,1995:65) النظرية المعرفية بأنها: مجموعة من المفاهيم التي تتعلق بالطريقة التي ينمي فيها الفرد قدراته العقلية، في عمليات استقبال المدركات، والأداء بناءً على المعلومات التي لديه.

وقد استخلص من النظرية المعرفية العديد من المداخل العلاجية ومن أكثرها شيوعاً ما يلي:

- العلاج العقلاني الانفعالي Rational-Emotive Therapy وقدمه اليس (Ellis, 1962) ويهدف هذا العلاج إلى مساعدة العملاء على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية وغير العقلانية، واستبدالها بآراء واتجاهات منطقية عقلانية. (الشناوي، ١٩٩٤: ١٢٨)
- العلاج المعرفي Cognitive Therapy وقدمته بيك (Beck,1989) ويهدف إلى علاج الطرق العامة للتفكير.

- العلاج المعـــرفي والافتراضـــات الخاطئـــة Cognitive Therapy & the Misconception Hypothesis وقدمه رايمي (Raimy,1975) ويهدف إلى تغيير المفاهيم الخاطئة، حيث يقوم على أساس أن الاضطرابات النفسية تعتبر نتيجة للاعتقادات والأفكار الخاطئة.

العلاج الواقعي Reality Therapy وقدمه جلاسر (Glasser,1965) ويهـــتم بعلاج كل ما هو ملموس ومحسوس وواقع، بعيداً عن الأوهام أو الغيبيات.

وتؤكد النظرية المعرفية أن السلوك يتأثر بمنظور الشخص، أو تفسيره للبيئة، من خلال عملية التعلم، ويظهر السلوك غير الملائم من منظور خاطئ وتفسير خـــاطئ، والعلاج يحاول تصحيح سوء هذا الفهم ليصبح السلوك متمشياً بشكل ملائم مـــع هذه البيئة. ويرى ثاير وميرز (Thyer&Myers,1997:29) أن معظـــم المعـــالجين المعرفيين يؤكدون صدق المبادئ الخاصة بالاستجابة التعليمية، والتعلم بالملاحظـــة، والسلوك الإجرائي، ولكنهم يرون إضافة عناصر أخرى يجب أخذها في الاعتبـــار، عند فهم وإدراك مسببات الأعراض المرضية للعميل في مرحلـــة تقـــدير الموقـــف، وتقديم الأساليب العلاجية المناسبة.

ويرى سكوت (Scott,1995:123) الحاجة إلى إضافة العناصر التالية:

١. استجابة الأفراد للتصور المعرفي الذي اكتسبوه من أحداث الحياة أكثر من الأحداث في حد ذاتها.
٢. التعلم يكون وسيطاً لتكوين المعرفة.
٣. المعرفة كوسيط يدخل معها جانب اضطراب الانفعالات والسلوك غير السوي.
٤. على الأقل بعض أشكال المعرفة يمكن التحكم فيها وتوجيهها ومراقبتـــها، وتعتبر موجهاً تلقائياً لنا.
٥. على الأقل بعض أشكال المعرفة يمكن تعديلها وتغييرها.

٦. كنتيجة طبيعية للفرضيات ٣،٤،٥ فإن التعديل المعرفي يمكن أن يعدل مما يؤدي إلى تغيير الأنماط غير السوية من الناحية السلوكية أو المعرفية.

٧. كل من العلاج السلوكي والمعرفي وسيلة علاجية مطلوبة للتغيير، ويمكن تطبيق أساليبهما معاً.

ويعرف العلاج المعرفي Cognitive Therapy بأنه تدخل إكلينيكي باستخدام مفاهيم النظرية المعرفية، التي تركز على عمليات التفكير الشعورية للعميل، والدوافع والأسباب لسلوك معين. (Barker,1995:65)

ويرى جبسون وآخرون (Gibson,etal,1983:27) أن العلاج المعرفي يقوم على فرضية أن الإنسان يتبنى أفكاراً خاطئة أو معلومات مضللة تؤدي إلى أن ينتهج أساليب غير عقلانية في التفكير، وينتج عنها سلوكيات خاطئة تفقده الاستقرار في حياته الاجتماعية، ومع بيئته التي يعيش فيها. ويرى لانتس (Lantz,1996:102) أن ممارسة العلاج المعرفي في الخدمة الاجتماعية، تهدف إلى مساعدة العميل على التحديد والمواجهة لتغيير المفاهيم والاعتقادات الخاطئة والأفكار المضطربة وحديث الذات غير العقلاني، الذي يسبب اضطراباً في الانفعال والسلوك.

ويحدد فيشر (Fischer,1978:177-187) أربعة أنواع رئيسة للتدخل العلاجي المعرفي وهي:

- تغيير المفاهيم الخاطئة والتوقعات غير الواقعية وغيرها من الأفكار الخاطئة.
- تعديل التقريرات العقلية التي يحدثها الفرد لنفسه.
- التحسين من خلال استخدام خطوات حل المشكلة والقدرة على اتخاذ القرار.
- تحسين عوامل الضبط الذاتي وحسن التصرف الذاتي.

وتحدد بيك (Beck,1995:5-9) عشرة مبادئ علاجية للمدخل المعرفي في الخدمة الاجتماعية لخصت على النحو التالي:

- يستند العلاج المعرفي على صياغة المعلومات المستخرجة من العميل ومشكلته في مصطلحات معرفية Cognitive terms.
- يتطلب العلاج المعرفي علاقة علاجية قوية تربط بين العميل والمعالج.
- يقوم العلاج المعرفي على التعاون بين المعالج وفعالية مشاركة العميل.
- يركز العلاج المعرفي على تحديد المشكلة وتوجيه الهدف لها.
- يؤكد العلاج المعرفي على الحاضر.
- العلاج المعرفي هو تعليم يهدف إلى تعليم العميل كيف يساعد نفسه.
- العلاج المعرفي محدد بزمن قدر الإمكان.
- المقابلات العلاجية مخطط لها.
- يساعد العلاج المعرفي العميل على تعلم كيف يحدد، وكيف يقيم، وكيف يستجيب بفعالية للأفكار والمعتقدات الخاطئة.
- يستخدم العلاج المعرفي العديد من الأساليب الفنية، لمساعدة العميل على تغيير تفكيره، ومشاعره، وسلوكه.

يتضح من العرض السابق للمنظور العلمي للنظرية السلوكية والمعرفية ما يلي:

- ظهرت أهمية المدخل السلوكي في الدراسة التي أجراها (Jayaracne,1978) على الأخصائيون والممارسين، ويتضح من نتائجها استخدام أكثر من ثلث العينة للنظرية السلوكية كموجه نظري لتدخلهم المهني. كما أظهرت النتائج استخدم غالبية الأخصائيون الاجتماعيين لكل من المدخلين السلوكي والمعرفي، الذي أثبت فاعليته في كثير من الدراسات التطبيقية في العلاج. (Sheldon,1995;Scott,et al,1989;Stren&Drummord,1991)
- يعتبر التحليل السلوكي المعرفة والمشاعر سلوكيات، تظهر في السلوك الواضح والملاحظ ويمكن تعديلها، حيث إن الإدراك المعرفي، والمشاعر

واستجابة السلوك، جميعها تتضمن وتظهر في السلوك الملاحظ، وبنفس الشكل تمثل الأحداث البيئية سلوكاً ملاحظا.

- تفصل نظرية التعلم بين العقل والسلوك، ولا يعني هذا إغفال العقل، ولكنها تختلف عن النظرية التقليدية، التي ترى أن السلوك يتشكل في العقل، وتتساءل كيف نستطيع معرفة السلوك في عقل شخص آخر؟ وبناءً على ذلك فإن نظرية التعلم، ترى أننا نستطيع أن نؤثر وندرس السلوك الظاهر. ويعتبر العلاج في عملية التعلم تعلم أنماط سلوكية جديدة، أو تعديل سلوك يسبب المشاكل.
- تعتمد النظرية المعرفية على نظرية التعلم الاجتماعي، وتركز على العلاج الواقعي. ويعتمد سلوك الإنسان على مدى فهمه وتفسيره للبيئة المحيطة به، وأن معظم ما يتعلمه الإنسان، يتم اكتسابه من تصورات الناس، وتفكيرهم حول ما يعايشونه، وبواسطة تقليد الآخرين.
- لقد تم الجمع بين النظرية السلوكية والمعرفية في الجانب التطبيقي للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، وكان هذا الجمع ضرورياً في الممارسة، لأن كلاً منهما يركز على السلوك الظاهر المتأثر بالبيئة المحيطة، وليس على دوافع هذا السلوك.
- العلاج السلوكي والمعرفي كلاهما مطلوب لتعديل السلوك، ويمكن دمجهما في أساليب العلاج ليتكاملا. (Scott,1995:123)
- الاتجاه السلوكي المعرفي أحد الروافد الحديثة للنظريات المعرفية. وقد بدأ ظهوره في علم النفس والإرشاد النفسي، وأصبح أحد الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية.

- على الرغم من أن التجارب الأولى لممارسة الاتجاه المعرفي السلوكي بدأت مع الأطفال، إلا أن التجارب التالية أكدت فاعليته مــع جميــع الفئــات العمرية، ومع العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وهو ما يجعل هذا الاتجاه عاماً لجميع الأعمار ولجميع الاضطرابات.
- يهتم ممارس الاتجاه السلوكي المعرفي بالمكونات المعرفية والانفعالية والــسلوكية للموقف الإشكالي للعميل، وتفاعل تلك المكونات مع البيئة المحيطة.
- يمكن اعتبار الاتجاه السلوكي المعرفي اتجاهاً يتصف بأنه اتجاه مختلط، باعتبــار أن الأساليب العلاجية للاتجاه هي خليط ما بين أساليب معرفيــة، وأخــرى سلوكية، وثالثة ينفرد بها الاتجاه دون غيره من الاتجاهات العلاجية الأخرى.

يعد الاتجاه السلوكي المعرفي كغيره من الاتجاهات الوظيفية، اتجاهاً يهتم بحاضر الإنسان دون النظر إلى ماضية.

ثانياً: استخدامات المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد

Cognitive Behavior Proache in CaceWork

يعتبر المدخل المعرفي السلوكي نتيجة لجهود منظمة لدمج وتكامــل Integrate نظريتين (السلوكية/المعرفية) هامتين للأداء الإنساني، وقد أعطــى هــذا الاتجــاه ممارسي العلاج السلوكي مجالاً لربط العلاج السلوكي بالعمليات الداخلية للفــرد. (Thomlison&Thomlison,1996:46)

وتتمثل الأطر النظرية لهذا المدخل المعرفي السلوكي، في الأساليب التي قــدمها كــل مــن الــيس (Ellis,1962) العــلاج العقــلاني الانفعــالي، وميكنبــوم (Meichenbaum,1977) التعديل السلوكي، وبيك (Beck,1970-1976) العــلاج المعرفي،حيث يقوم على دمج فنيات العلاج السلوكي بفنيات العلاج المعرفي، علــى أساس أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، ويتعامل مع الاضطرابات من منظــور ثلاثي الأبعاد معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، ويعتمد على الشرح والإقناع، وعلى إقامة

علاقة علاجية تعاونية، تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض في إحــداث التغيير العلاجي. (Coulshed&Orme,1998:162-165)

وترجع نشأة المدخل المعرفي السلوكي إلى ميكنبوم (Meichenbaum,1978) عندما قــدم مــدخل التعــديل المعــرفي - الــسلوكي Cognitive-Behavior Modification الذي تناول فيه قيام المعالج والعميل بتحديد الحــالات الــسلبية للذات، الأفكار الخاصة، أو الحديث الذاتي الذي يوضح الأسلوب الــذي يتخــذه سلوك وتصرفات الفرد، كما يتناول الأفكار غير المنطقيــة وتأثيراتهــا في العميــل والعمل على تعديلها، وإيجاد نظام بديل للبناء المعــرفي لأفكــار العميــل والــتي تــساعده في إيجــاد حــالات للــذات الإيجابيــة والبنــاءة، والــتي تــساعده على تحقيق أهــداف هامــة تــرتبط بأحــداث تغــييرات ســلوكية مختلفــة. (Coulshed&Orme,1998:159)

وقامت برلين (Berlin,1983) بإعادة صياغة الاتجاه المعرفي السلوكي ليناسب الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية، واعتبر من أهــم المــداخل العلاجيــة الــتي استخدمت في خدمة الفرد وقد استخدمت أساليبه العلاجيــة في العديــد مــن المجالات، حيث يرى شيرمان (Sherman,1987) أنه من الممكن استخدام الأساليب السلوكية المعرفية مع الأطفال والراشدين الذين لــديهم اضــطرابات أو خلــل في التفكير، ومن الممكن لخدمة الفرد استخدام هذه الأســاليب لعــلاج مــشكلات التوافق لدى المراهقين، والراشدين، والمسنين لمساعدتهم علــى مواجهــة الحيــاة الواقعية .(Sherman,1987:296)

ويؤكد الكثير من المعالجين فاعلية استخدام العلاج المعــرفي الــسلوكي مــع الأطفال، حيث يرى رونين (Ronen,1994:276-278) أن للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تعديل اضطرابات الطفولة ما قبل المراهقــة (١١-١٣) مثــل: التبــول

اللاإرادي والنشاط الزائد، والمخـاوف وأيـضاً مـع الأطفـال الـصغار مـن (٥- ١١ سنة) حيث يستطيعون الاستفادة منه.

ويرى باين (Payne,1997:135) أن كلاً من المدخل السلوكي والمعرفي هـي مداخل علاجية أثبتت فاعليتها واستخدمت في كـثير مـن أشـكال العـلاج. ومن الدراسات التي دعمت فاعليتها دراسة شيلدون Sheldon,1995 وسـكوت وآخرين Scott,et al,1989 وسترين ودرموندStren&Drummond,1991.

ويرى إبراهيم وزملاؤه أن عزل اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم الـسلوكية، عن الطريقة التي يفكرون بها في أنفسهم وفي المحيطين. وما يردده الطفل من أقـوال لنفسه، عندما يواجه المواقف هي مصدر رئيس من مصادر الاضطراب، ولـذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي عن غيره بأساليب علاج إدراك الطفـل واتجاهاتـه. وتتحـدد مـصادر القـصور المعـرفي المؤديـة إلى اضـطرابات الطفولـة في: (نقص المعلومات والخبرة، التوقعات السلبية، المعتقدات وأخطاء التفكير، الأسلوب المعرفي) ومن بين تلك العوامل يعطي العلاج السلوكي المعرفي اهتماماً بالأسـلوب المعرفي. (إبراهيم، ١٩٩٣: ١١٩-١٢٠)

ويحدد باركر(Barker,1995:64) مفهوم العلاج المعرفي السلوكي بأنه: مداخل علاجية تستخدم مفاهيم مختارة، وأساليب مستمدة من السلوكية، ونظرية الـتعلم الاجتماعي، والعلاج الأدائي Action therapy والمـدارس الوظيفيـة في الخدمـة الاجتماعية، والعلاج بالتركيز على المهام، ويعتمد المعالجون فيه على نماذج معرفية، حيث تختلف هذه الأشكال من العلاج عمـا هـو متعـارف عليـه بـالعلاج الاستبصاري، وبالمقارنة فإنه يتجه إلى أن يكون قصيراً ويركز على الحاضر وعلـى أهداف محددة بدقة. والمعالج الذي يعتمد في توجهه على العلاج السلوكي المعـرفي يتجه مباشرة ويركز على مشكلات العميل الحالية.

الافتراضات النظرية التي يقوم عليها المدخل المعرفي السلوكي

- يرتكز السلوك، وما يبدو من أقوال بدرجة كبيرة على المعرفة والمـــدركات أكثر مما يركز على السلوك الظاهري. (الزراد، ١٩٩٢:٣٠٢-٣٠٣)
- التفكير والانفعال والسلوك في علاقة متبادلة، فمن الخطأ القول بأن تغـــيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى تغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعـــال، والعكـــس صحيح. (إبراهيم، ١٦٥:١٩٩٤)
- يتضمن التعلم المعرفي العمليات الوسيطة بين المثيرات والاستجابات، حيث يتضمن تنظيم موقف التعلم وإعادة بنائه، حتى يتمكن العميل من التفاعـــل مع المتغيرات البيئية، ولذلك يتحدد دور المعالج بمعرفته للأبنيـــة العقليـــة المعرفية، ومساعدة العميل على تطوير أبنية معرفية جديدة، ووضعها في بناء منظم يسهل عليه استرجاعها. (قطامي،١٩٩٠: ٢٠٠)
- إن أنماط السلوك غير السوية تبدأ من محتوى الإدراك (فيما نفكر)، وعملية الإدراك (كيف نفكر)، فنحن نكون كما نخبر به أنفسنا، ولكننا نـــسترشد بما نعتقد ما يجب أن نعمله، ويتم تعديل أنماط السلوك غير السوية بواسطة تغيير تعبيرات الذات السلبية للعميل وتقديم عبارات بديلة أكثـــر إيجابيـــة. (Zimbardo,1988:579)

ويقوم الاتجاه المعرفي السلوكي على الاختيار، بمعـــنى أنـــه يـــسمح للمعـــالج باختيار الأساليب العلاجية من العديد من الاتجاهات العلاجية الأخرى، وخاصـــة الاتجاهات المعرفية. ومن تلك الاتجاهات الاتجاه العقلاني الانفعالي، والاتجاه المعـــرفي والعلاج السلوكي. (Bernstein,etal.,1988:605-607)

الأهداف التي يقوم عليها المدخل المعرفي السلوكي

يؤكد ثمولسون (Thomlison,1986:139-140) أن المداخل المعرفية السلوكية هي المحاولات التي تستهدف مساعدة العميل على إيجاد تفسير لمشكلته بأسلوب آخر، وذلك من خلال إحداث تعديل في العمليات المعرفية، بما يؤدي إلى إحداث تعديل في السلوك الفعلي للفرد.

ويؤكد شيرمان (Sherman,1987:288) أن الهدف الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي هو: مساعدة العملاء على تغيير عملياتهم المعرفية بطريقة تمكنهم من التغلب على مشكلاتهم النفسية والسلوكية، على أساس أن مشكلة الفرد تكمن في مشاعره، وسلوكه الخاطئ والتي ترجع إلى العمليات المعرفية الخاطئة من تفكير وتخيلات واعتقادات، ترتبط بما يعايشه في المواقف والأحداث، مما يؤثر في علاقاته وتفاعلاته، وتكون النتيجة مواجهة الفرد للمشكلات النفسية والسلوكية.

ويرى جرانفولد (Granvold,1994:529) أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف تحقيق الجوانب التالية:

- إحداث تغيير في المحتوى المعرفي (المعرفة الطارئة التي توجد على أساس أحداث معينة في الحياة، القرارات، الاعتقادات، الأفكار، التفكير).
- إحداث تغيير في العمليات المعرفية (الإدراك وعملية التشغيل المعرفي).
- إحداث تغيير في البناء المعرفي.
- تنظيم كل من المحتوى المعرفي، والعمليات المعرفية، والبناء المعرفي لتحقيق التفاعل، بين هذه العوامل المعرفية.
- تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفية، والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للعميل.

أساليب العلاج المعرفي السلوكي

لقد صنف كل من سكوت ودريدن (Scott&Dryden,1996) أربعة أنــواع للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في: مهارات التعامل، حل المشكلة، البناء المعـــرفي، بناء العلاج المعرفي.

١- مهارات التعامل Coping Skills

وتتضمن عنصرين:الحديث الذاتي، التدريب التحصيني ضد الضغوط.

أ- الحديث الذاتي Self-verbalisation

ويتمثل في إعطاء تعليمات لأنفسنا، والسلوك الناتج، والمشكلة الـــتي يـــسعى لمواجهتها، هذا النوع من العلاج يتمثل في عدم قدرة الفرد على مواجهة المواقـــف التي يمر بها، ويرجع ذلك لعدم قدرته على إيجاد التفسير الذاتي للموقف، أو عـــدم القدرة على التصرف وفقاً لتعليماته الذاتية. (Payne,1997:119)

ويعـــرف كـــل مـــن براســـويل وكنـــدال (Braswell& Kendall 1988:182)، التعليمات الذاتية بأنها: "بيانات (عبارات) موجهة للحديث الـــداخلي للذات التي يستخدمها الفرد، ليوجه بها نفسه من خلال عملية حل المشكلة ".

ويرى ميكنبوم (Meichenbaum) أن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة سلبية، واستبداله بحديث ذاتي إيجابي، باعتباره العنـــصر الأساس في توجيه السلوك والضبط الذاتي، فهو نـــوع مـــن العـــلاج اللفظـــي، تـــؤدي فيـــه اللفظيـــة الذاتيـــة دوراً فـــاعلاً في الـــسيطرة علـــى الـــسلوك. (Dobson&Block,1988:188)

وعادة ما يكون التدريب على التعليمات الذاتية مع الأطفال، موجهاً إلى تزويد الطفل باستراتيجيات التفكير،كيف يفكر، وبماذا يفكر، وتعد التعليمـــات الذاتيـــة دليلاً للطفل ليتبعه خلال حل المشكلة. (Braswell & Kendall ,1988:182)

وتعتبر التعليمات الذاتية خطوة رئيسة في اكتساب الطفل السيطرة الشفوية على سلوكه، فليس الهدف من ممارسة أسلوب تدريب الأطفال على التعليمات الذاتية ترديد الطفل للعبارات، أو الجمل فقط، بل إدراك وفهم الطفل لما وراء تلك العبارات والجمل. (Braswell&Kendall,1988:183-188)

ب- التدريب التحصيني ضد الضغوط Stress Inoculation Training

يقوم التدريب التحصيني ضد الضغوط، على تعليم العميل بعض المهارات، لحمايته من الضغوط، ويعتمد هذا الأسلوب على الإعداد للضغط العصبي، قبل ظهور حدث مثير له، ويقوم هذا الأسلوب على ثلاث مراحل رئيسة متتابعة، وهي: التصور لاكتساب المهارة - التمرين الاستعدادي - التطبيق والمتابعة. (Shannon,1994: 346)

ويهدف إلى منع وتقليل التوترات والضغوط، بتعليم العملاء ما يقولونه، أو التصرف في المواقف الصعبة، وكذلك العمل على تغيير وتخفيض ضغوط العملاء في بيئاهم. (Payne,1997:119)

٢- حل المشكلة Problem -Solving

وتختلف عن نموذج حل المشكلة في النظرية السيكوديناميك للخدمة الاجتماعية، لبيرلامان (1957) Psychodynamic Perlmans حيث تهتم بالنظر إلى حياة الإنسان، على أنها عملية إعادة حل لمشكلات الحياة، وتعتبر عملية حل المشكلة مشابهة لنموذج التركيز على المهام، حيث يتم تشجيع العميل على تحديد المشكلة، وإيجاد الحلول لها، واختيار أفضلها، والتخطيط لتنفيذها، ومراجعة التقدم. (Payne,1997:119)

٣- البناء المعرفي Cognitive Restructuring

يتضمن البناء المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي كلاً من العلاج المعرفي لبيك Beck والعلاج العقلاني الانفعالي لاليس Ellis في العلاج السلوكي. ويقوم العملاء

بتجميع المعلومات التي تساعدهم على كيفية تفسير المواقف، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بتوجيه الأسئلة، وتطبيق الاختبارات، وفي العلاج العقلاني الانفعالي، تسيطر الاعتقادات اللاعقلانية، على تفكير العملاء والتي تؤدي بشكل مخيف لرؤية الأشياء بنظرة سلبية غير منطقية، وبالتالي الشعور بالفشل والإحباط، وعدم القدرة على التحمل، ولذلك يقوم الأخصائيون بعمل التفسير اللازم لهذه الاعتقادات اللاعقلانية، والسعي لتغييرها. (Payne,1997:119)

٤- بناء العلاج المعرفي Structural Cognitive Therapy

يركز هذا النوع من العلاج على ثلاثة أبنية للاعتقادات الموجودة في عقول العملاء، الاعتقادات الأساسية التي يفترضها العميل على نفسه، والاعتقادات الوسيطة التي تتمثل في وصف العميل الواضح لحياته، والاعتقادات الخارجية التي تتضح في التصرف، وفي استراتيجيات حل المشكلة المستخدمة يومياً، ويركز الأخصائيون على الاعتقادات الخارجية التي تسبب المشكلة، ولكن تستخدم عملية التغيير لاكتشاف أصل تلك الاعتقادات. (Payne,1997:119-120)

ومن أكثر الأساليب السلوكية المعرفية تطبيقاً في الخدمة الاجتماعية ما يلي:

١- الاستعراض المعرفي Cognitive Review

يهدف الأسلوب المعرفي إلى إعادة بناء وتنميط المدركات، من خلال الاستخدام المستمر للإجراءات، مثل: التحليل اليومي لاكتشاف سوء توظيف الأفكار.(Raimy,1975:14-16) ويمثل الاستعراض المعرفي الاستراتيجية الأساسية للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي، حيث يشتمل على العملية الكلية للتقدير (التحديد)، والعلاج (التغيير) فيما يتعلق بسوء توظيف الأفكار والمعتقدات والمدركات. ويحقق هذا الأسلوب أهداف عملية الملاحظة الذاتية، وتوليد بنية

حديث الذات من خلال تحديد معاناة العميل من قصور في الأفكار والمـدركات التي أدت إلى حدوث المشكلة، ومن جانب آخر: كيف يستطيع العميل بالتعـاون مع المعالج أن يخططا للتغيير المرغوب فيه لحل المشكلة، بأسـلوب الـتعلم الـذاتي الذي يستهدف مساعدة العميل، على القيام بسلوك معين يتكون من عـدد مـن الوحدات المتدرجة التي من المتوقع- في حالة الاستمرار في تطبيقهـا- أن تـصبح جزءاً من السلوك الفعلي. (Hepwoth,1982:35)

ولتطبيق أسلوب التعلم الذاتي يراعى ما يلي:

- تكوين علاقة مهنية Warm personal تساعد على توفير المناخ، الـذي يساعد العميل على التعلم وإزالة المعوقـات، الـتي تحـول دون تحقيـق التعلم. (Payne,1997:120)
- تدريب العميل على العصف الذهني Brain storming لمساعدته على وضع وتصور الاحتمالات المختلفة، والتحديات المتعددة، التي تواجـه الموقـف الإشكالي، بغض النظر عن منطقها أو عدم منطقها، مع محاولـة إخـضاع هذه المحاولات للمناقشة لاختيار أفضلها.
- تقييم الحلول Evaluation of solution ووضع خطة التنفيـذ Action plan التي ينبغي القيام بها، من أجل وضع هذه الأفكار موضع التنفيذ، مع محـاولات مسبقة لاختبار مدى ملاءمتها، لإكساب العميل الثقة بالنفس، عـن طريـق التفكير بواقعية في وضع البدائل الأكثر منطقية، لمواجهة الموقف الإشكالي.
- التقييم Evalution في تنفيذ هذه المهام، مع تدعيم العميل لتنفيذ الحلـول، التي تتمشى مع متطلبات العلاج، وأهداف البرنامج التأهيلي، أو سـحب المدعمات، إذا كانت لا تتمشى مع متطلبات وأهداف الحياة والموقف...

وتختلف وجهات النظر، حول تتابع العلاقة بين البناء المعرفي والاستعراض المعرفي، فمنهم من يرى أن العلاقة بينهما هي علاقة تتابع، ومنهم من يرى أن العلاقة بينهما هي علاقة تزامن، حيث يفضل أن يقوم المعالج والعميل بممارستهما في الوقت نفسه، بل العمل على تحليل العلاقة بينهما. (Meriuzzi,1981:56) والارتباط وثيق بين أسلوبي الاستعراض المعرفي وإعادة البناء المعرفي، فالمعالج لا يستطيع أن يقوم بإعادة البناء المعرفي قبل استكمال الاستعراض المعرفي بشكل دقيق.

ويهدف أسلوب الاستعراض المعرفي إلى مساعدة العميل، على اكتساب جوانب معرفية جديدة، ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة، حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارساته اليومية.

وتتمثل خطوات هذا الأسلوب في التالي:

- مساعدة العميل على تفهم أفكاره ومعتقداته والعبارات والجمل التي يرددها لنفسه وحديث الذات..إلخ. جميعها تكون محصلة لردود أفعاله الانفعالية، مثل: الخوف والخجل والغضب..إلخ. وتمر هذه المرحلة بمقاومة ورفض في الغالب من جانب العميل، لصعوبة تفهمه للعلاقة بين الأفكار وردود الفعل الانفعالية.

- مساعدة العميل على تفهم أفكاره ومعتقداته الخاطئة، التي يترتب عليها ظهور الأنماط السلوكية غير المرغوبة، ولتحقيق ذلك، يقوم المعالج بمساعدة العميل على تسجيل أفكاره يومياً بطريقته الخاصة، في سجل يعرف: بسجل تحليل المواقف المعرفية يدون فيه الأحداث التي تواجهه يومياً، والمشاعر المصاحبة لها، بالإضافة إلى العبارات والمعتقدات الذاتية، التي يرددها نتيجة لهذه المشاعر.

- مساعدة العميل على تحديد المواقف، التي تولد المعارف العقلانيــة، مــن خلال مراجعة السجل السابق، مع التحديد الدقيق لحدوث تلك المواقــف والأشخاص ذوي الأهمية المرتبطين بها، وهنا يساعد الأخصائي العميل على وضع مهام واستراتيجية تتناسب مع الموقف، فالعميل الذي يجد صعوبة في التحكم في غضبه، ربما يكتشف أن هناك مواقف خاصة أو أفراداً معيــنين هم المسؤولون عن حدوث هذا الغضب.

- استبدال العبارات والأفكار الخاطئة، بعبارات منطقية ملائمة، وتتم بعــد تفهم العميل للموقف والأشخاص المحيطين به، والتعرف على العلاقة بــين الأفكار الخاطئة، وردود الأفكار الخاطئة، ويركــز الأخــصائي في هــذه المرحلة، على استراتيجية التأمل والاسترخاء، بمعنى أن يطلب الأخصائي من العميل أن يفكر في المشكلة، ويضع التصور المنطقي لحلها، بعيداً عن ردود الفعل الانفعالية، مع تشجيعه على الانطلاق في الأفكار البناءة، ومعارضته عند ظهور الأفكار غير المرغوبة.

- مكافأة العملاء على إعادة بنائهم المعرفي، فعندما يظهر العميل أي تقدم في خطوات العلاج مثل: ظهور أفكار جديدة، تعديل المنطق الخاص، التخلص من الذاتية، وضع بدائل ومهام جديدة لمواجهة المشكلة... يستخدم المعالج المدعمات الإيجابية في أشكال مختلفة، ولا يمنــع مــن اســتخدام بعــض المدعمات السلبية في حالة المقاومة، والعبارات غير العقلانيــة، وحــديث الذات المشوش، والتمسك بالمنطق الخاص. (سعيد،١٩٩٧: ٧١-٧٢)

٢- ضبط الذات "السيطرة الذاتية" Self- Control

الضبط الذاتي: هو أحد الأساليب السلوكية التي تعني القدرة علـــى الـــتحكم الشخصي في الدوافع الذاتية وتوجيهها إرادياً، بدراسة عواقبها والتحـــسب لهـــا. (بدوي، ١٩٨٠: ٢٣٦)

ويقترح رونين (Ronen,1994:279-280) نموذج ضبط الـــذات لمـــشكلات الأطفال Aself-Control Model for Children Problems ويفترض أن ضبط الذات هو مهارة متعلمة أو مجموعة مهارات معرفيـــة يمكـــن تعليمهـــا للطفـــل، من خلال العملية العلاجية. ويرى أن النموذج، يقوم على إعادة البنـــاء المعـــرفي، وذلك عن طريق: تعديل المفاهيم الخاطئة - فهم المشكلة - ضبط المشكلة - تنمية ضبط المشكلة - تقليل المشاكل.

٣- النمذجة Modeling

تعرف النمذجة بأنها: تعلم سلوك معين، من خلال ملاحظة شخص يؤدي هذا السلوك. (إبراهيم،وآخرون،١٩٩٣: ٣٣١)

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال على أسلوب النمذجة، كوســـيلة لمساعدة الطفل على التغلب على المشكلة، وتحتوي الممارسة العلاجيـــة لأســـلوب النمذجة على تعرض الطفل للسلوكيات التي يجب تعلمهـــا، ويتـــضمن أســـلوب النمذجة أشكالاً متعددة منها: نماذج الأفلام نماذج رمزيـــة، نمـــاذج ســـلوكية. (Braswell&Kendall,1988:195)

٤- لعب الدور Role Playing

ويعني: التدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلـــي، بغـــرض زيادة قدرة الفرد على إتقان الدور الاجتماعي، وتعلـــم المهـــارات الاجتماعيـــة، وتدريبه على التحكم في الاندفاع ومواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة. (إبراهيم،١٩٩٨: ٢١٩-٢٢٠)

ويعتبر لعب الدور جزءاً في تكوين تكامل الإنسان، وتطوير تفكيره، وخاصة في مراحل الطفولة، حيث يكتسب فيه المتعلم ذخيرة معرفية، في تركيزه على العمليات الذهنية والعاطفية التي توجد لدى الفرد، والتي تتجسد فيما يبديه الطفل من أداء بصورة الشخصية الممثلة، من حيث ملاحظة الأطفال لأنفسهم، وتقييم مشاعرهم، وإدراك دور تأثير مشاعرهم في ما يظهرونه من السلوك. (قطامي،١٩٩٤: ٧٩٢-٧٩٤)

وتتمثل خطوات لعب الدور بالتالي:

- إعداد المجموعة المشاركة: ويتضمن تحديد المشكلة، وعرضها، وتعريف الطفل بها، وتفسير المشكلة، ومناقشة الآراء المتعلقة بالمشكلة، وشرح إجراءات سير نشاط لعب الدور.
- تعيين المشاركين: ويتضمن تحديد الأدوار، ووصف سمات مؤدي الدور، واختيار الممثلين وتحديد دور كل منهم، إعداد وتنظيم المسرح.
- إعداد المشاهدين: ويتضمن تحديد الأمور التي ينبغي ملاحظتها، وتحديد مهام الملاحظة.
- العرض: ويتضمن بدء أداء الدور، والاستمرار في الأدوار، وإيقاف التمثيل، وإعادة التمثيل.
- المناقشة: وتتضمن مراجعة عملية أداء الدور، مناقشة محور الدور، وتطوير التمثيل.
- إعادة العرض: ويتضمن تأدية الأدوار المعدلة، التي تمت مراجعتها وتحسينها، واقتراح خطوات تالية للتحسين.
- المناقشة والتقييم: وتتضمن تحويل النقاش إلى حلول واقعية عملية عن طريق مناقشة الأطفال في رأيهم في النهاية.

- المشاركة في الخبرات وتعميمها: وتتضمن ربط المشكلة بالخبرات الحقيقية، والوصول إلى تعميمات، واشتقاق مبادئ عامة للسلوك، بهدف الوصول إلى تعميمات أكثر اتساعاً. (Bruce&Marsha,1986:245)

٥- الواجبات المترلية Homework

الواجب المترلي: أسلوب مهم في تعلم المهارات الاجتماعية، وهذا الأسلوب يساعد الأطفال على تعميم التغيرات الإيجابية التي قد أنجزوها خلال الجلسات العلاجية، ونقلها إلى المواقف الحية، كما يساعد على تقوية وتدعيم الأفكار أو المعتقدات الصحيحة الجديدة. (إبراهيم،وآخرون، ١٩٩٣: ١٣٢)

وترجع أهمية أسلوب الواجب المترلي في العلاج المعرفي السلوكي للأسباب التالية:

- يساعد على تطوير وتنمية المهارات، من خلال الممارسة التكرارية.
- يساعد على تطبيق الطرق، التي تم التدرّب عليها في الجلسات العلاجية في الظروف البيئية الطبيعية.
- يساعد على الوقاية من انتكاس العميل.
- يساعد على زيادة قدرة العميل على تقدير الذات، والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج، ولكي تتحقق فاعلية أسلوب الواجب المترلي يجب التخطيط الشامل والتطبيق بحرص وعناية وأن تكون سهلة نسبياً وفي متناول قدرات الأسرة. وعلى المعالج أن يتابع تنفيذ العميل لخطة الواجبات المترلية. (Mumson,1994:216)

الباب الثاني

البناء المنهجي للدراسة

الفصل الخامس: منهجية الدراسة.

الفصل السادس: استراتيجيات وآليات التدخل المهني مع حالات الدراسة.

الفصل السابع: نتائج الدراسة.

الفصل الخامس
الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: الدراسات السابقة
ثانياً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

- نوع الدراسة.
- المنهج المستخدم.
- عينة الدراسة وطريقة اختيارها.
- مجالات الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- خطوات بناء المقياس ودليل الملاحظة.
- صدق التجربة.

أولاً: الدراسات السابقة:

تشير العديد من الدراسات العربية والأجنبية، إلى تأثير الإصابة بمرض السكري (النوع الأول) في جوانب شخصية الطفل (جسمياً، نفسياً، اجتماعياً) وبيئته الأسرية، كما توضح العديد من الدراسات أثر المرض في سلوك المريض، وأثر العلاقات الأسرية في سلوكيات الالتزام بالعلاج، وستعرض الباحثة بعض الدراسات التي توضح تأثير المرض على جوانب شخصية الطفل، وأثر العلاقات الأسرية في سلوكيات العلاج، والمداخل العلاجية المختلفة التي تواجه تلك المشكلات.

ومن هذه الدراسات ما يلي:

١- دراسات توضح تأثير المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية في الطفل المريض:

- دراسة عبد الله (Abdulla,1984) وهي دراسة إكلينيكية: للتعرف على الاضطرابات النفسية لدى الأطفال المصابين بمرض السكري.

طبقت الدراسة على عينتين من الأطفال مرضى بالسكري وأسوياء، يبلغ عدد كل عينة ٤٠ طفلاً، مقسمين بالتساوي حسب الجنس (٢٠) ذكور و(٢٠) إناث. تتراوح أعمارهم من ١١- ١٥سنة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المصابين بالسكري والأطفال الأسوياء، حيث يعاني الأطفال المرضى من كثير من الاضطرابات النفسية حددها في: مشاعر الخوف، الاكتئاب، العصبية، القلق، الشك، توهم المرض، الحساسية المفرطة.
- كما تبين عدم وجود فروق جوهرية بين متغير الجنس للأطفال المرضى بالسكري، وبين نوع ودرجة الاضطراب النفسي.

- **دراسة يوسف (Youssef,1986) عن: تحديد مستوى النمو والتطــور في الأطفال المصابين بمرض السكري.**

أجريت الدراسة على ٢٤ طفلاً من الجنسين مصابين بمـرض السـكري (١٤) ذكور، (١٠) إناث، وتتراوح أعمارهم من ٥- ١٤ سنة. وتشير نتائج الدراسة إلى:

- وجود تأخر واضح في النمو لدى جميع أفراد عينة الدراسة، وكانت أهـم مظاهر هذا التأخر قصر القامة.
- درجة التأخر في النمو تعتمد على عدة عوامل، أهمها حدوث المـرض في سن مبكره والمدة الزمنية للمرض، وكيفية علاجه.
- كما تبين أن نسبة ٤٥,٨% من عينه الدراسة، لها تاريخ عائلي بمرض السكري.
- ونسبة ٤١,٦% من أفراد عينة الدراسة، تربط والديهم صلة قرابة.

- **دراسة هانسن وآخرين (Hansan,et al.,1987) عن: العلاقة بين بعـض المتغيرات النفسية الاجتماعية والتوافق الـصحي للمـراهقين مرضـى السكري.**

تهدف الدراسة إلى تحديد ووصف العوامل النفسية الاجتماعية التي لهـا تـأثير في نتائج المخرجات الطبية للمراهقين المصابين بمرض السكري من النوع الأول.

طبقت الدراسة على ٩٣ مراهقاً وأسرهم، استخدم في الدراسة مقاييس لقياس الأبعاد النفسية والاجتماعية (السن،الـضغوط المزمنة،الثقـة الذاتية،اسـتجابات الأسرة،معلومات الأسرة عن المرض) ونتائج الالتزام بالإجراءات العلاجية وعلاقتها بنسبة السكر بالدم.

ومن أهم نتائج الدراسة: وجود علاقة مباشرة بين الالتزام ومستوى الـضغوط لدى المراهق، وعلاقة غير مباشرة لتأثير العوامل النفسية والاجتماعية في الـتحكم بنسبة السكر بالدم من خلال تأثيرها في سلوك الالتزام.

- دراسة جابكسون وآخرين (Jacobson,et al.,1987) عن: المتغيرات السيكولوجية المرتبطة بالالتزام لدى الأطفال المشخصين حديثاً بالإصابة بمرض السكري.

أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٥٧ طفلاً مشخصين حديثاً بالإصابة بمرض السكري، واستغرقت الدراسة ١٨ شهراً، وتشير النتائج إلى:

- الالتزام بالإجراءات العلاجية قد تدهور على مدى هذه الفترة الزمنية.
- المراهقين من ١٣-١٥ سنة، كانوا أقل التزاماً من الأطفال في سن ٩-١٢ سنة.
- التقارير الذاتية الأولية للمرضى عن صورة الذات - وإدراكهم الذاتي- والأداء الاجتماعي- والأعراض السلوكية وعلاقتها بتوافقهم للمرض. تشير إلى أن هناك إجراءات للالتزام السلوكي.
- وتؤكد النتائج في أن هناك علاقة بين شخصية الطفل، والتوافق للعناية الذاتية للمرض.
- تقترح الدراسة أن يكون هناك تقدير للموقف النفسي الاجتماعي مباشرة بعد التشخيص لأن ذلك سوف يساعد في التعرف على العوامل، التي قد تسبب فيما بعد مشكلات في الالتزام.

- دراسة الحفناوي (Elhefnawy,1987) دراسة وصفية عن: التعرف على المتغيرات النفسية والاجتماعية والطبية التي تُميز الأطفال المصابين بمرض السكري.

أجريت الدراسة على عينتين، كل واحدة يبلغ عددها(٣٠) طفلاً، الأولى تضم أطفالاً مصابين بمرض السكري، والثانية تضم الأطفال الأسوياء، تتراوح أعمارهم من ٦-١٤سنة، ومتكافئتين في متغيرات الدراسة. ومن أهم نتائج الدراسة:

- وجود ارتباط بين ضبط نسبة السكر بالدم، وعدد من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، وكذلك يرتبط بعدد من عوامل الترابط الأسري والحياة الميسرة بدون أزمات. كما أن الضغط النفسي يعتبر عاملاً هاماً قبل بداية الإصابة بمرض السكري، وكذلك كمسبب لحدوث غيبوبة السكر عند الأطفال.

- دراسة سليم (Seleem,1989) عن: تأثير العوامل النفسية والاجتماعية والعلاج بالأنسولين على نمو الأطفال المصابين بمرض السكري المعتمد على الأنسولين.

أجريت الدراسة على ٩٠ طفلاً، تتراوح أعمارهم من سن ٨ - ١٥ سنة، مقسمين إلى ثلاث مجموعات، كل مجموعة تحتوي على ٣٠ طفلاً موزعين على النحو التالي:

١- أطفال مصابين بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، منتظمين في عيادة مرضى السكر بمستشفى الأطفال التابع لجامعة عين شمس بالقاهرة، لتحديد نوع الأنسولين ومقدار جرعته.

٢- أطفال مصابين بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، غير منتظمين بالعلاج أو بجرعات غير كافية.

٣- أطفال أسوياء.

وتشير النتائج إلى التالي:

- نمو الأطفال الذين يتناولون علاج الأنسولين بصفة منتظمة، يكون موازياً لنمو الأطفال الأسوياء.

- نمو الأطفال المرضى بالسكري وغير المنتظمين في العلاج بالأنسولين، يكون أقل من الأطفال الأسوياء، وأيضاً أقل نمواً من الأطفال المصابين بمرض السكري الذين يتناولون العلاج بصفة منتظمة.
- يؤثر ضبط السكر لدى الأطفال المرضى، تأثيراً إيجابياً في حالتهم النفسية من حيث التركيز في الدراسة، عدم التبول اللاإرادي، دفء العلاقات الأسرية بين الطفل وأسرته.

– دراسة هيوسر وآخرين (Hauser,etal,1990) عن: تطور شكل العلاقات والتفاعلات الأسرية بين الطفل المريض وأسرته.

أجريت دراسة تتبعية لمدة أربع سنوات، على عينة يبلغ عددها (٥٢) طفلاً مصابين حديثاً بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، وتتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٦ سنة.

ومن أهم نتائج الدراسة التتبعية، لرصد تطور شكل العلاقات والتفاعلات الأسرية، خاصة بين الطفل المريض ووالديه، زيادة تعاطف وترابط العلاقات الأسرية، وبالتالي قلة الصراعات الأسرية، وبصفة خاصة مع الابن المريض.

– دراسة كوفاكس وآخرين (Kovacs, etal.,1990) عن الأداء النفسي للأطفال المعتمدين على الأنسولين.

أجرى دراسة تتبعية على عينة من الأطفال مصابين بمرض السكري، في المرحلة الابتدائية لمدة ٦ سنوات، من اعتمادهم على الأنسولين، (٤٤) من الذكور، (٥١) من الإناث، وتتراوح أعمارهم من ٨- ١٣ سنة. **وتشير نتائج الدراسة إلى ما يلي:**

- يحدث التوافق مع المرض عادة بعد السنة الأولى، مع وجود بعض أعراض الاكتئاب المتزايدة لدى الإناث عن الذكور.

- ترتبط سرعة التوافق مع المرض، بانخفاض درجة الاكتئاب والقلق، والشعور بالذاتية Self - esteem
- يرتبط التوافق بمتغيرات أخرى منها: نوعية المضاعفات التي تحدث، والصعوبات المتزايدة مع الوقت في تنفيذ الخطة العلاجية، حيث وجد أن الإناث أكثر عرضة لمشاعر الإحباط والانزعاج والإخفاق لمرضهن أكثر من الذكور.
- هناك علاقة طردية بين الالتزام وتنفيذ الإجراءات، ودرجة ومستوى الاكتئاب والقلق لدى الطفل المريض بالسكري.

– **دراسة هانسن وآخرين (Hanson,etal.,1990) وهي دراسة تجريبية عن: أثر إصابة الأطفال بمرض السكري المعتمد على الأنسولين على تقديرهم لذواتهم.**

طبقت الدراسة على عينة مكونة من ثلاث مجموعات مقسمة على النحو التالي:

المجموعة الأولى: (تجريبية) وتتكون من ١٣٩ طفلاً وطفلة حديثي الإصابة بمرض السكري، منهم (٧٣) من الإناث، (٦٦) من الذكور. ويبلغ متوسط أعمارهم ١٤,٥سنة.

المجموعة الثانية: (تجريبية) ويبلغ عددها ١٠٤ طفلاً وطفلة مصابين بمرض السكري، منذ مدة طويلة، منهم (٥٢) من الإناث، (٥٢) من الذكور، ويبلغ متوسط أعمارهم ١٣,٤سنة.

المجموعة الثالثة: (ضابطة) وتتكون من ٣٢ طفلاً وطفلة من الأسوياء، يتماثلون في السن مع أفراد المجموعتين السابقتين، منهم (٢٤) أنثى و(٨) ذكور.

وتشير نتائج الدراسة إلى:

- انخفاض مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المصابين بمرض السكري، عن الأطفال الأسوياء بفروق دالة إحصائياً.
- تزداد نسبة انخفاض تقدير الذات لدى الأطفال المرضى بالسكري من الجنسين الذين انقضت فترة زمنية طويلة على إصابتهم بالمرض، عن الأطفال حديثي الإصابة بالمرض من الجنسين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في تقدير الذات، بين الأطفال المصابين بمرض السكري من الجنسين.

– **دراسة جابكسون وآخرين (Jacobson,etal.,1990) عن: الآثار النفسية السلبية الناتجة عن طول مدة الإصابة بمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين.**

تهدف الدراسة إلى تحديد مدى الآثار النفسية السلبية الناتجة عن طول مدة الإصابة بمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين.

وقد طبقت الدراسة على مجموعتين من الأطفال والمراهقين، يبلغ عدد المجموعة الأولى (٤٢) مراهقاً تتراوح أعمارهم من ١٣- ١٦سنة، والمجموعة الثانية يبلغ عددها (١٩) طفلاً وتتراوح أعمارهم من ٩- ١٢ سنة ممن يعتمدون على الأنسولين لمدة تزيد عن ٤ سنوات.

وقد تم قياس مستوى التوافق النفسي لديهم، ثم أعيد القياس بعد فترة زمنية من القياس الأول

ومن أهم نتائج الدراسة: أن الأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكري، يعانون بصفة عامة من سوء التوافق النفسي، وتزداد درجات حدة سوء التوافق، بزيادة طول مدة الإصابة بالمرض.

- دراسة (متولي، ١٩٩١) دراسة وصفية عن: **المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة.**

طبقت الدراسة على أسر أطفال مرضى السكري، لتختبر الفروض التالية:

- من المتوقع أن تكون هناك علاقة عكسية بين مستوى دخل رب أسرة الطفل مريض السكري، والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة.
- من المتوقع أن تكون هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم رب أسرة الطفل مريض السكري، والتغيرات !الاجتماعية والنفسية بالأسرة.
- من المتوقع أن تكون هناك علاقة طردية بين عدد أبناء أسرة الطفل مريض السكري، والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة.
- من المتوقع أن تكون هناك علاقة طردية بين طول فترة مرض الطفل بالسكري، والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة.

استخدمت الدراسة مقياساً لقياس متغيرات الدراسة، كما استخدمت الاستبار، وتشير نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة بين مستوى دخل الأسرة والتغيرات الاجتماعية التي تحدث داخل أسرة الطفل المريض بالسكري، حيث تبين أنه كلما انخفض مستوى دخل أسرة الطفل المريض أدى ذلك إلى زيادة التغيرات الاجتماعية التي تؤثر في الأسرة سلبياً.
- هناك علاقة عكسية بين مستوى دخل الأسرة، وبين ظهور تغيرات ومشكلات نفسية داخل أسرة الطفل مريض السكري.
- وجود علاقة طردية موجبة بين طول فترة مرض الابن المريض بالسكري، وبين التغيرات الاجتماعية لأسرة الطفل المريض بالسكري.

- دراسة (أحمد،١٩٩٣) وهي دراسة وصفية عن إصابة الأطفال بمرض السكري وعلاقتها بدافعيتهم للإنجاز.

تهدف الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- هل يوجد أثر لمتغيرات الجنس والحالة الصحية للأطفال (أسوياء/مصابين بمرض السكري) في دافعيتهم للإنجاز؟
- هل يوجد أثر للمتغيرات (الجنس، مدة الإصابة بمرض السكري) لدى الأطفال مرضى السكري على دافعيتهم للإنجاز؟

تحتوي عينة الدراسة على ٢٤٠ طفلاً وطفلة من المصابين بمرض السكري والأسوياء، منقسمين إلى مجموعتين متساويتين في العدد ومتكافئتين في الخصائص الاجتماعية (السن من١١- ١٢سنة، المستوى الدراسي الصف الخامس الابتدائي، تقارب المستوى الاجتماعي والاقتصادي).

واستخدم الباحث مقياس الدافعية للإنجاز للأطفال والمراهقين - استمارة للتعرف على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وبيانات خاصة بالطفل وأسرته.

وتشير نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الأطفال الأسوياء والمصابين بمرض السكري على مقياس دافعية الإنجاز لصالح الأطفال الأسوياء.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعتي الأطفال من الذكور والإناث على مقياس دافعية الإنجاز لصالح مجموعة الأطفال الذكور.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعتي الأطفال المصابين بمرض السكري من الذكور والإناث على مقياس دافعية الإنجاز.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعتي الأطفال المصابين بمرض السكري من الجنسين لمدة قصيرة، والمصابين لمدة طويلة، على مقياس دافعية الإنجاز لصالح الأطفال المصابين لمدة قصيرة.
- هناك تفاعل دال إحصائياً وبمستوى دلالة مرتفع بين متغيري الحالة الصحية للأطفال (أسوياء/مرضى بالسكري) والجنس (ذكور/إناث)، في تأثيرهم في دافعية الإنجاز لدى أطفال عينة الدراسة.

ويوضح الباحث مجموعة من الاستجابات النفسية المرتبطة بالإصابة بمرض السكر التي منها:

- الانتظام اليومي في الحقن بالأنسولين (تحت الجلد)، ويمثل كراهية وخوفاً ورهبة للطفل.
- حتمية الالتزام بنظام غذائي محدد ومستمر كعلاج مكمل لطبيعة المرض، والبعد عن تناول السكريات والحلويات، وهذا يمثل حرماناً للطفل من أشياء مفضلة لدى الأطفال بصفة عامة
- غالباً ما يمنع الطفل من مزاولة اللعب مع إخوته أو المحيطين به لخوف والديه عليه من الإصابة أثناء اللعب، وقد يترتب على ذلك مشاكل نفسية واجتماعية وصحية.

- **دراسة (الشهري، ١٩٩٣) دراسة وصفية عن: تقييم الحالة الغذائية وتخطيط الوجبات المناسبة للأطفال المصابين بمرض السكري حتى سن الثانية عشر بمدينة الرياض.**

أجريت الدراسة على ٢٠٠ طفل سعودي من ٢- ١٢ سنة، منهم ١٠٠طفل مصاب بمرض السكري و١٠٠طفل غير مصاب بمرض السكري.

واستخدمت الباحثة المقابلة الشخصية مع الأطفال وأمهاتهم، عن طريق استبانه تحتوي على قياس متغيرات الدراسة:(المقاييس الجسمية،الاختبارات البيوكيميائيـــة، المعلومات الصحية،العادات الغذائية) إضافة إلى البيانات الأولية، للتعـــرف علـــى الخصائص الاجتماعية. **وتشير نتائج الدراسة إلى التالي:**

- ارتفاع مستوى سكر الدم (صائم) لدى ٧٠% من الأطفـــال المـــصابين بالسكري، وبنسبة ٧١% لدى نفس الفئة (بعد الأكل)، وارتفاع مستوى سكر الدم في الهيموجلوبين بنسبة ٨٧% لدى الأطفال المصابين.
- بلغت نسبة الأطفال المصابين بمرض السكري الذين لا يتبعون نظاماً غذائياً خاصاً بالمرض ٧١% ونسبة ٧% من الأطفال المرضـــى لا ينتظمـــون في تناول العلاج.
- أن نسبة ٤٠% من الأطفال المصابين بالـــسكري تظهـــر علـــيهم أعـــراض ومضاعفات المرض، نتيجة الإصابة بالمرض وعدم الانتظام في الغذاء والعلاج.
- أن نسبة ٣٨% من الأطفال المصابين بالسكري يتميزون بالعصبية، ٣١% يتميزون بتقلب المزاج، وفي هذا دلالة على وجود فروق معنوية في الحالـــة النفسية التي تميز بها الأطفال مرضى السكري، وبما أن الحالة النفسية تـــؤثر في إفراز هرمون كتاكولامين Catacholamine الذي يسبب زيادة ســـكر الدم وزيادة الأحماض الكيتونية بالدم، فهو دليل على أن الحالـــة النفـــسية تعتبر من الأسباب المؤدية لارتفاع سكر الدم.
- يوجد فروق معنوية كبيرة بين الأطفال مرضى الـــسكري والأســـوياء في عاداتهم الغذائية حيث إن ٩١% من الأطفال المصابين بالسكري، و٧٥% من الأطفال غير المصابين يتناولون ثلاث وجبات في اليوم، بينما ٩% من المصابين بالسكري و٢٥% من غير المصابين لا يتناولون الوجبات الرئيسية

في اليوم. وبالنسبة للأكل بين الوجبات، فقد تبين من النتـــائج أن جميـــع الأطفال المصابين بالسكري، و٩٧% من الأطفال غير المصابين يتنـــاولون الطعام بين الوجبات الرئيسية.

- يوجد فروق معنوية بين الأطفال مرضى السكري والأطفـــال الأســـوياء في ممارسة الرياضة حيث تبين أن ٨٢% من الأطفال المصابين بالسكري يمارسون الرياضة، بينما جميع عينة الأطفال غير المصابين يمارسون الرياضة أيضاً.

– دراسة مورتنسون وآخرين (Mortensen,et al,2002) عن ضبط التحكم الأيضي Metabolic ونوعية الحياة للأطفال المصابين بمرض السكري من النوع الأول.

تهدف الدراسة إلى تحديد العلاقة بين نوعية الحياة للأطفال المصابين بالـــسكري من النوع الأول والمتغيرات (نسبة السكر بالدم- السن- الجنس- فتـــرة المـــرض- البناء الأسري).

وطبقت الدراسة على ٢,١٠١ طفل تبلغ أعمارهم من ١٠- ١٨ سنة في ٢١ مركزاً من ١٧ دولة من أوربا واليابان وشمال إفريقيا.

واستخدمت الدراسة المقاييس التالية:

- مقياس نوعية الحياة، ويقيس الأبعاد: (تأثير المرض، المخاوف تجاه المـــرض، الرضا عن الحياة، والمنظور الطبي للمرض).
- مقياس لقياس العبء الأسري Family burden علـــى الوالـــدين والهيئـــة المعالجة، لتحديد منظورهم للعبء الأسري المرتبط بالإصابة بالمرض. ومن أهم نتائج الدراسة:
- ارتباط التحكم الأيضي الجيد بنوعية حياة جيدة، مع الشعور بعبء قليـــل من الوالدين والهيئة المعالجة.

- ارتبطت الدرجات المنخفضة لتأثير المرض بتحكم جيد في نسبة السكر بالدم.
- تزداد المخاوف لدى الإناث، ويقل الرضا، ويضعف المنظور الطبي بصورة مبكرة عن الذكور.
- انخفضت درجات مفهوم العبء الأسري، لدى الآباء والهيئة المعالجة، مع تزايد السن للمراهق، وأن هذا التغير كان مماثلاً في الجنسين.
- أظهرت نتائج كل من درجات الوالدين والهيئة المعالجة، أن ارتفاع معدل السكر بالدم يرتبط بتزايد العبء الأسري.

– دراسة موسى وآخرين (Moussa,etal,2005) وهي دراسة وصفية عن الخصائص الاجتماعية والنفسية للأطفال والمراهقين الكويتيين المرضى بالسكري (النوع الأول).

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الاجتماعية النفسية للأطفال مرضى السكري بمقارنتهم بأطفال أصحاء لا يعانون من المرض، لتقدير تأثير درجة التحكم في نسبة السكر بالدم، وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية.

تقوم هذه الدراسة على عينتين من الأطفال، العينة الأولى يبلغ عددها ٣٤٩ طفلاً مصاباً بمرض السكري من النوع الأول، وتبلغ أعمارهم من ٦ – ١٨سنة، العينة الثانية من الأطفال الأصحاء، ويبلغ عددهم ٤٠٩ طفلاً مع تقارب العينتين في العمر والجنس والطبقة الاجتماعية **استخدم الأدوات التالية:**

١ – مقابلات مع الأطفال ووالديهم عن طريق الاستبانة.

٢ – استخدم اختبار هوبكن Hopkings لقياس القلق والاكتئاب.

٣ – تحديد معايير التحكم تبعاً للمعايير الطبية على النحو التالي:

- مستوى تحكم ممتاز أو جيد .HbA_{IC} <8.,%
- مستوى تحكم متوسط HbA_{IC} 8.,1% to 10,.%

- مستوى تحكم ضعيف,HbAIC >10 ومن أهم النتائج ما يلي:
- الدرجات المتوسطة من القلق والاكتئاب والأعراض النفسية الأخرى، كانت لها دلالة مرتفعة عند الأطفال مرضى السكري، وفي هذا دلالة على سوء التوافق النفسي.
- كان هناك فروق ذات دلالة بين الأطفال المرضى، والأطفال الأصحاء في بعض الجوانب الاجتماعية، وفي عدد مرات الغياب عن المدرسة.
- كان هناك ارتباط إيجابي ذو دلالة معنوية بين نسبة السكر بالدم، ودرجات الأداء النفسي (طبيعة الحالة النفسية).
- الأطفال الذين لديهم ضعف في مستوى التحكم بنسبة السكر بالدم، أقل في مستوى توافقهم النفسي.
- أظهرت النتائج أن البنات والأطفال الأكبر سناً يحتاجون إلى دعم نفسي Emotional Support كما أن الأطفال الذين لديهم ارتفاع في نسبة السكر بالدم معرضون بدرجة كبيرة إلى مظاهر سوء التوافق النفسي، وبغض النظر عن المتغيرات السابقة (الجنس،السن،ارتفاع نسبة السكر بالدم) اتضح أن: ٤٧,٩% من مجموع الأطفال مرضى السكري يعانون من مظاهر الألم النفسي.

وقد أثبتت النتائج أن الأطفال الذين يعانون من مرض السكري لديهم سوء توافق نفسي، ومعاناتهم لها علاقة بمستوى التحكم بنسبة السكر بالدم، وبما أن المتاعب والمعاناة النفسية في تزايد مع حدوث المضاعفات في المستقبل نتيجة (عدم التحكم في نسبة السكر بالدم) لذا توصي الدراسة بالتدخل المبكر مع الأطفال الذين لديهم معاناة نفسية، في المراحل الأولى حتى يكون التدخل الوقائي له تأثيره Preventive Intervention.

٢- دراسات ترتبط بالجانب العلاجي:

- دراسة كوفاكس وآخرين (Kovacs,etal,1986) عن: تقارير الأطفال الذاتية واستراتيجيات التعامل مع المرض في السنة الأولى من اعتمادهم على الأنسولين.

استخدم في الدراسة مقاييس تقيس درجة القلق والإحساس بالذاتية والاكتئاب، لتقدير التوافق النفسي، وعلاقته باستراتيجيات التعامل المعرفي السلوكي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الإمبريقية ما يلي:

- يرتبط عائد التدخل المهني بالإمداد بالمعرفة، والإجراءات السلوكية، وأساليب العناية الذاتية، وكيفية التحكم في المرض.
- يفيد التدخل التعليمي والتثقيفي في تحسين المعرفة بالمرض، ولكنه ليس بالضرورة أن يؤدي إلى التحكم بالمرض.
- يؤدي التدخل النفسي، وخاصة بالتدعيم إلى مساعدة الأطفال على تحسين توافقهم، وفي بعض الأحيان، يؤدي إلى تحكمهم بالمرض وضبطه.
- التدخل الأسري أثبت فاعليته، حيث يتضمن التخفيف من الصراع بين الوالدين والأطفال حول الإجراءات العلاجية، للتعامل مع المرض واستمرارية العلاج.
- وقد استخلص من هذه النتائج أن التدخل العلاجي مع الأطفال المرضى بالسكري وأسرهم، لا بد أن يركز على الجوانب المعرفية والنفسية والاجتماعية والسلوكية.

- دراسة أوسلاندر (Auslande,etal.,1991) للتعرف على الجوانب المعرفية للمرض عند الأطفال المشخصين حديثاً بمرض السكري ووالديهم.

طبقت الدراسة على مجموعة من الأطفال حديثي الإصابة بمرض السكري، المعتمد على الأنسولين يبلغ عددهم ٥٣ طفلاً وأسرهم، وتتراوح أعمار الأطفال من ٢-١٨ سنة.

ومن أهم نتائج الدراسة: وجود نقص ملحوظ في نوع وكمية المعلومات الخاصة بمرض السكري، وكيفية التعايش معه لدى الأطفال المرضى ووالديهم، ولذلك توصي الدراسة بضرورة تقديم برامج إرشادية وعلاجية لكل من الأطفال وأسرهم.

- دراسة ويست وآخرين (Weist,etal,1993) عن بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكون أهدافاً للعلاج مع الأطفال والمراهقين مرضى السكري.

طبقت الدراسة الإمبريقية على عينة من الأطفال يبلغ عددهم ٦٥ طفلاً وأسرهم. وذلك لتحديد المتغيرات النفسية والاجتماعية، التي لها علاقة بالمستوى الأعلى أو الأمثل Optimal للتحكم في نسبة السكر بالدم، وبالمستوى الضعيف Nonoptimal للتحكم في نسبة السكر بالدم.

وبناءً على نتائج قياس نسبة السكر بالدم، والتقارير الذاتية للمرضى، وتطبيق القياس لمتغيرات (القلق،تعامل البيئة الأسرية،درجة التحكم الحالية) بواسطة المقابلات المقننة وقياسات التقارير الذاتية عن سلوكيات الأطفال Checklist.

وقد أظهرت النتائج أن:

- الأطفال الذين يحققون مستوى عالياً من التحكم بالمرض، يعيشون في بيئة أسرية منظمة Structure وتملك عوامل للضبط على أفرادها، إضافة إلى وجود سلطة مفوضة لأحد أفرادها تتحكم في ضبط العلاج.
- يوجد اختلاف في المعرفة بين الأطفال الذين درجة تحكمهم كبيرة، والأطفال الذين درجة تحكمهم ضعيفة.

- أوضحت الدراسة أهمية التعامل مع الجوانب النفسية والاجتماعية، ويجب أن تكون هدفاً للعلاج مع الأطفال مرضى السكري، وأن مشاركة الوالدين في نظام العلاج تساعد وتدعم وصول الأطفال لدرجة مرتفعة من التحكم.

– دراسة بولاند وجري (Boland&Grey,1996) عن استراتيجيات تعامل الأطفال مرضى السكري في سن المدرسة مع المرض.

تهدف الدراسة إلى التعرف على نوعية الاستراتيجيات، التي يستخدمها الأطفال مرضى السكري، في العناية الذاتية نحو متطلبات المرض، وعلاقتها بالتحكم في نسبة السكر بالدم.

أجريت الدراسة على عينة من الأطفال مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين،في سن المدرسة، وعددهم ٤٣ طفلاً. **وتشير نتائج الدراسة إلى:**

- عدم وجود فرق بين أنواع الاستراتيجيات، التي يستخدمها الأطفال مرضى السكري، تبعاً للخصائص الديموجرافية، وأن مستوى العناية الذاتية لا يرتبط بدرجة التحكم في نسبة السكر بالدم.
- الأطفال مرضى السكري الذين يستخدمون الاستراتيجيات المعرفية، غالباً لديهم مستوى مرتفع من العناية الذاتية والتحكم في معدل السكر، مرتبط بدرجات عالية من التوتر.
- الأطفال الذين يستخدمون الاستراتيجيات الانفعالية، غالباً ما يكون لديهم تحكم ضعيف في معدل نسبة السكر بالدم.
- اقترحت الدراسة على مقدمي الخدمات الصحية، أن يتعرفوا على استراتيجية الطفل في تعامله مع المرض، لأن نوعية الاستراتيجية التي يستخدمها الطفل، تؤثر في درجة تحكمه الأيضي Metabolic control.

- الأطفال الذين لديهم تحكم ضعيف في نسبة السكر بالدم، غالبا م يستخدمون استراتيجيه انفعالية في تعاملهم مع المرض، ويجب ألا يشجعوا على استخدام هذه الاستراتيجية، واستبدالها باستراتيجيه أكثر تأثيراً، كالاستراتيجية المعرفية التي يجب أن يوضع لها نماذج، ويشجع على استخدامها.

– **دراسة سيمنارو (Siminerio,1998) وهي دراسة تقارن بين مرضى السكري المترددين على العيادات الخارجية، والمنومين في المستشفى لتحديد الاحتياجات التعليمية للمرضى المشخصين حديثاً في قسم الأطفال.**

طبقت الدراسة على عينة من الأطفال المنومين في مستشفى بتسنبيرج Pittsnbiurg وعينة من أطفال العيادات الخارجية في مستشفى تكساس Texas

وتشير نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- كلٌ من المرضى المترددين على العيادات الخارجية، والمنومين داخل المستشفى وآبائهم، يحتاجون إلى درجة من المعرفة بالمرض عند بداية التشخيص، وكيفية تعامل الأسرة مع الضغوط مع تعلم مهارات العلاج للتعامل مع المرض.
- تؤكد الدراسة أهمية إمداد الأطفال والأمهات بالمعرفة الكافية وتشمل:(الجوانب الطبية الفسيولوجية- الجوانب السلوكية وتأثيرها في الجانب النفسي الاجتماعي).
- يكون إمداد الطفل والأسرة بالمعلومات، عن طريق برنامج تعليمي يقدم في مقابلات فردية أو جماعية، ترتبط بالجوانب المعرفية السابقة، وتجيب عن جميع التساؤلات المرتبطة بالمرض وإجراءاته العلاجية.

- **دراسة جري وآخرين (Grey,etal,2001) عن: العوامل الإكلينيكية والاجتماعية النفسية المرتبطة بتحقيق أهداف العلاج مع المراهقين مرضى السكري.**

تختبر هذه الدراسة عائد برنامج مكثف للمراهقين مرضى السكري النوع الأول في التعامل مع المرض، **من خلال الإجابة عن تساؤلين هما:**

١- ما هي العوامل الإكلينيكية والنفسية المرتبطة بتحقيق أهداف العلاج، للتحكم بنسبة السكر بالدم بعد سنة؟

٢- ما هو خط الأساس للعوامل الإكلينيكية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بتحسين نوعية الحياة Quality of life بعد ١٢ شهراً؟

طبقت الدراسة على ٨١ حالة منهم ٤٨ من الإناث، و٣٣ من الذكور مرضى السكري النوع الأول، ويبلغ متوسط أعمارهم ١٤,٣سنة، واستمرت الدراسة ومتابعة الحالات لمدة عام.

استخدم في الدراسة مجموعة من الأساليب، لتحديد أداء المرضى منها: (التقارير الذاتية عن الأداء السلوكي للتعامل مع المرض- قياس الأعراض المرضية (الاكتئاب- الأداء الأسري- نوعية الحياة). **وقد أظهرت نتائج الدراسة:**

- لا يهدف البرنامج فقط إلى التوصل لتحقيق الأهداف العلاجية في التحكم بنسبة السكر في الدم فحسب، وإنما يهدف إلى تحسين نوعية الحياة لمرضى السكري.
- يقوم البرنامج بتقديم أساليب سلوكية ومعرفية للتدريب على اكتساب مهارات التعامل مع المرض.
- إن درجة التوافق للمرض (التحكم في نسبة السكر-نوعية الحياة) ترتبط بالاستجابات السيكولوجية (الاكتئاب) التي تؤثر في توافق المريض.

- تزايد المشاكل النفسية والاجتماعية لدى المراهقين مرضى السكري، حيث ترتبط بأعراض انخفاض صورة الذات والاكتئاب.
- تقديم الدعم والتوجيه للأسرة، ومشاركة الأسرة لمسؤوليات العلاج، يساعد المريض على تحقيق توافقه مع المرض.

تؤكد الدراسة أن المراهقين الذين لديهم ضعف في التحكم، ينعكس على نوعية الحياة، ويحتاجون إلى عناية خاصة، واهتمام من مقدمي الخدمات، لأنهم غير قادرين على تحقيق الأهداف العلاجية، وأن التدخل السلوكي مثل: التدريب على المهارات، قد يساعد المراهقين على تحقيق الأهداف العلاجية.

– دراسة ميجير وآخرين (Meijer,etal,2002) عن أنماط التعامل المرتبطة بمستويات التحكم، كعوامل للتوافق النفسي للمراهقين مع الأمراض المزمنة.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين أنماط التعامل، ومستوى درجة التحكم في المرض، وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى المراهقين.

أجريت الدراسة على ٨٤ مراهقاً مصابين بأمراض مزمنة، تتراوح أعمارهم من ١٣– ١٦سنة استخدم في الدراسة مقاييس تقيس التوافق الاجتماعي– الصورة العامة للذات– المشكلات السلوكية – وارتباطها ببعض الخصائص الديموجرافية (الجنس،السن) وعوامل الضغوط المرتبطة بنمط التعامل مع المرض، ومستوى التحكم والالتزام بالإجراءات العلاجية.

وقد أظهرت النتائج وجود أنماط من التعامل مع المرض، يمكن توضيحها في التالي:

- نمط قادر على التعامل مع المرض بصورة جيدة، ويرجع ذلك في معظمه إلى توافقه الاجتماعي.
- نمط يحتاج إلى التدعيم الاجتماعي Social support والمواجهة Confrontation كعناصر أساسية لتحقيق التعامل الجيد مع المرض، وكذلك لتحقيق توافق اجتماعي إيجابي.

- يسبب الاكتئاب للمراهق المريض ضعف التوافق. حيث اتضح أن المرضى المكتئبين لديهم انخفاض في صورة الذات، مع الشعور بالقلة، إضافة إلى وجود قلق اجتماعي مرتفع لديهم.

هذا وتشير النتائج إلى أهمية التدخل المبكر، كعملية وقائية لمواجهة الاستجابات النفسية والاجتماعية للمرض، حتى يمكن تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي للمريض.

- دراسة داشيف (Dashiff,2003) عن مسؤوليات العناية الذاتية والعناية المعتمدة على الوالدين للمراهقين المصابين بمرض السكري وأسرهم.

تهدف الدراسة إلى التعرف على منظور العناية الذاتية، والعناية المعتمدة على الوالدين في تحمل مسؤوليات العلاج، وتأثير كل من المنظورين في القدرة على التحكم بنسبة السكر في الدم.

وقد استجاب لهذه الدراسة ٣١ مريضاً، تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٥سنة وأسرهم، وقد تم التقدير باستخدام استمارة تقيس مسؤوليات الأسرة في الرعاية، وكذلك قياس نسبة السكر بالدم على مدى شهرين متصلين. **ومن أهم نتائج الدراسة:**

وجود فروق دالة بين المجموعة المعتمدة على العناية الذاتية، واستجابة المجموعة الثانية التي تعتمد على تقديم العناية المعتمدة على الوالدين، في التحكم بنسبة السكر في الدم، حيث اتضح أن الأطفال الأقل مسؤولية في تحمل إجراءات العناية الذاتية، مع تحمل الأم مسؤولية العلاج على عاتقها، يعانون من فترات في عدم التحكم بنسبة السكر بالدم، ولديهم ضعف في الالتزام.

- دراسة فان دير فان (Vavn der ven,etal,2005) عن نتائج تطبيق العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لتدريب مرضى السكري من النوع الأول الذين لديهم ضعف في مستوى التحكم في نسبة السكر بالدم Poor glyceameic control.

وقد استغرقت الدراسة ثلاثة أعوام من ١٩٩٩-٢٠٠٢م على مرضى العيادات الخارجية في سبع مستشفيات بأمستردام. **وقد أظهرت نتائج الدراسة:**

- أن حوالي ٢٥% من البالغين المرضى بالسكري من النوع الأول، لا يحققون نتائج مرضية في التحكم بنسبة السكر بالدم، ويرجع ذلك في معظمه إلى وجود مشاكل في القدرة الذاتية التي ترتبط بمتطلبات الالتزام بالإجراءات العلاجية.

أوضحت الدراسة أن العينة السابقة من المرضى تتصف بالتالي:

أ- يعانون من فترات طويلة من ارتفاع نسبة السكر بالدم.

ب- يعانون من ضغوط نفسية، ولديهم أعراض الاكتئاب.

ج- أوضحوا أهمية الالتزام بسلوكيات العناية الذاتية، ولكنها تمثل عبئاً نفسياً عليهم، مما أدى إلى ضعف الالتزام لديهم.

د- تحتاج هذه العينة إلى التدخل العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي.

كما أظهرت النتائج فاعلية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي الجماعي التدريبي، كمدخل علاجي لتحسين الالتزام الذاتي للمريض، والتحكم في معدل نسبة السكر بالدم، وذلك من خلال:تعديل المعتقدات الخاطئة لدى المريض - التقليل من الانفعالات النفسية السلبية- التدريب على أساليب العناية الذاتية، لإكساب المريض مهارات التعامل مع الإجراءات العلاجية، وتحسين مستوى الكفاءة الذاتية في سلوكيات العلاج، ونتائج ضبط نسبة السكر بالدم.

تؤكد نتائج الدراسات السابقة أن:

- مرض السكري لدى الأطفال له تأثيرات مختلفة على الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية، حيث يوجد تأثير متبادل بين مختلف هذه الجوانب، وأن هناك علاقة بين مستوى الالتزام بالعلاج وإجراءاته، ومستوى الضغوط والاستجابات النفسية للمريض وأسرته، إضافة للظروف الاجتماعية، ونوعية العلاقات، ومسؤوليات الأسرة في تنفيذ مهام العلاج.

- يرتبط التحكم في المرض بمتغيرات مختلفة، منها: السن، الجنس، فترة المرض، طبيعة الاستجابات النفسية للمريض وأسرته، البناء الأسري، وظهور المضاعفات والصعوبات المتزايدة مع الوقت، في تنفيذ متطلبات العلاج.
- إن الانتظام في العلاج، يقلل من أعراض ومضاعفات المرض، ولا يؤثر في النمو الطبيعي للطفل، ويجعله مساوياً لأقرانه من نفس العمر.
- يعاني الأطفال مرضى السكري من اضطرابات نفسية عديدة منها: الخوف- الاكتئاب- العصبية- القلق- توهم المرض- الحساسية المفرطة- وتقلب المزاج..إلخ. ويعانون من سوء التوافق النفسي، وتزداد درجات سوء التوافق بطول مدة الإصابة بالمرض، التي لها علاقة بمستوى التحكم في نسبة السكر بالدم، والالتزام بإجراءات العلاج.
- ترتبط سرعة التوافق مع المرض، بانخفاض درجة الاكتئاب والقلق، والشعور بالذاتية. والأطفال المرضى الذين لديهم ضعف في مستوى التحكم بالمرض، أقل في مستوى توافقهم النفسي.
- وجود فروق في التوافق مع المرض، ترتبط بمجموعة من المتغيرات الاجتماعية التي منها: البناء الأسري ونوعية العلاقات الأسرية، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، مدى مشاركة الأسرة للمريض في تنفيذ الإجراءات العلاجية.
- من الأهمية أن يكون هناك تقدير للموقف النفسي والاجتماعي مباشرة بعد تشخيص المرض، للتعرف على العوامل التي قد تسبب مشكلات في الالتزام بالعلاج، وخاصة مع الأطفال الذين ظهرت لديهم معاناة نفسية في المراحل الأولى من الإصابة بالمرض.

- التعرف على أنماط تعامل الأطفال مرضى السكري، المرتبطة بمستويات التحكم بنسبة السكر بالدم، ومساعدتهم على استخدام الاستراتيجية المعرفية، مع التدعيم والمواجهة كعناصر أساسية، لتحقيق التعامل الفعال مع المرض وإجراءاته العلاجية.
- أهمية تقديم برامج إرشادية علاجية للأطفال مرضى السكري وأسرهم، تركز على: الإمداد المعرفي للمرض، والإجراءات السلوكية، وتعلم مهارات العناية الذاتية، وتخفف من الانفعالات النفسية السلبية، وتساعد الأسرة على التماسك، وتحسين العلاقات للتعامل مع الموقف المرضي، ويكون ذلك من خلال المقابلات الفردية أو الجماعية.
- ثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي، كمدخل علاجي ووقائي لتحسين الالتزام الذاتي للطفل المريض، والتحكم بنسبة السكر في الدم، وذلك من خلال تعديل المعتقدات الخاطئة لدى المريض- التقليل من الانفعالات النفسية السلبية- التدريب على أساليب العناية الذاتية لإكساب المريض مهارات التعامل مع الإجراءات العلاجية، وتحسين مستوى الكفاءة الذاتية لسلوكيات العلاج.
- أهمية التدرج في مساعدة الطفل مريض السكري للقيام بمسؤوليات العناية الذاتية، مع التدعيم والمشاركة من الأسرة والهيئة المعالجة.
- يجب أن يركز البرنامج التأهيلي للطفل مريض السكري، على تحسين نوعية الحياة له وتحقيق الأهداف العلاجية.

ثانياً: الإجراءات المنهجية للدراسة

- نوع الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التجريبية Experimental Study التي تندرج تحت التصميم شبه التجريبي باستخدام تصميم المجموعة الواحدة The one Group per post Test Design بتطبيق القياس القبلي / البعدي على عينة الدراسة، بهدف قياس أثر المتغير المستقل وهو: التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، على المتغير التابع وهو: التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري.

وتشير الدراسات التجريبية إلى تحكم الباحث في المتغير المستقل Independent Variable بتحديد درجة تأثيره في المتغير التابع Dependent Variable وتوزيع أفراد الدراسة على كل من المجموعتين التجريبية والضابطة. (السيد،١٩٩٥: ١٢٨)

- المنهج المستخدم:

يشير مفهوم المنهج إلى الكيفية أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة موضوع البحث. (حسن،١٩٨٥: ١٣٤)

وتقوم هذه الدراسة على التعدد المنهجي، باستخدام المنهج الكمي والمنهج الكيفي، بهدف الحصول على دقة البيانات. ويشير المعنى العام للتعدد إلى: "استخدام أكثر من ملاحظ، أو أكثر من منهجية، أو استخدام أكثر من مصدر للبيانات، أو أكثر من أداة من أدوات جمع البيانات، أو استخدام أكثر من نظرية لتفسير بعض أو كل البيانات".(الدامغ،١٩٩٦: ١٠٨)

ويستند المنهج التجريبي: Experimental method على التجربة في قياس أثر المتغيرات المختلفة.(حسن،١٩٩٠: ٢٠٣) وتقوم التجربة على مبادئ أساسية أهمها: التحديد والضبط والتحكم.(حسن،١٩٩٠: ٢١٥)

وتتميز التجربة الحقيقية بالخصائص التالية:

المعالجة: وتعني التغيير الذي يجربه الباحث على بعض أفراد دراسته.

الضبط: ويعني تثبيت بعض الخصائص المتعلقة بالموقف البحثي.

العشوائية: وتعني تعيين أفراد الدراسة في المجموعة الضابطة أو التجريبية على أساس عشوائي.(عودة، ملكاوي،١٩٩٢: ١٢١)

ونظراً لطبيعة التدخل المهني وأهداف الدراسة ولظروف البحث، فقد اختارت الباحثة التصميم شبه تجريبي باستخدام مجموعة واحدة تعمل كمجموعة تجريبية وضابطة في نفس الوقت. ووفقاً لهذا التصميم سيتم تطبيق القياس القبلي على عينة الدراسة، باستخدام المقياس ودليل الملاحظة، ثم تعريضها للمتغير المستقل (برنامج التدخل) وبعد ذلك يعاد تطبيق المقياس ودليل الملاحظة على عينة الدراسة، لمقارنة الفرق بين نتائج القياسين للتعرف على مدى فاعلية التدخل المهني.

وبالإضافة إلى التصميم السابق،ستستخدم الباحثة منهج دراسة الحالة بهدف الحصول على معلومات شاملة حول مفردات عينة الدراسة.(أحد مناهج طرق البحث الكيفي) ويشترك تصميم المجموعة الواحدة مع منهج دراسة الحالة case study في التركيز على دراسة الحالة بعمق،وعدم قابلية نتائجها للتعميم، لصغر حجم العينة المستخدمة. (الدامغ، ١٩٩٦: ٢٤٨)

ـ عينة الدراسة وطريقة اختيارها:

عينة عمدية عددها عشر حالات مختارة من الأطفال الإناث مرضى السكري type 1، **ومن شروط اختيار العينة ما يلي:-**

١- ألا يقل عمر الطفلة عن ٨ سنوات، ولا يزيد عن اثنتي عشرة سنة.

٢- ألا يتجاوز اكتشاف الإصابة بالمرض سنة واحدة.

٣- ألا يكون الطفل مصاباً بأمراض أخرى.

٤- أن يكون الطفل الوحيد المصاب بالمرض بين الإخوة.

٥- أن تكون إقامة الطفل في منطقة الرياض.

٦- أن يوافق ولي أمر الطفل على الاشتراك والالتزام بمواعيد المقابلات، أثناء تطبيق برنامج التأهيل الاجتماعي.

ولاختيار الحالات التي تنطبق عليها شروط الدراسة، قامت الباحثة بحصر شامل لجميع الحالات التي تم استقبالها بمستشفى قوى الأمن. من يناير ٢٠٠٣م إلى ديسمبر ٢٠٠٣ م، وقد كان مجموع الحالات (٤١) وبذلك فقد تمثل مجتمع الدراسة من جميع حالات الأطفال المصابين بمرض السكري خلال الفترة السابقة. ويوضح الجدول التالي عدد الحالات التي تمثل مجتمع الدراسة، وعدد الحالات التي انطبقت عليها شروط اختيار العينة.

جدول رقم (١)

يوضح عدد الحالات التي دخلت قسم الأطفال بمستشفى قوى الأمن بمنطقة الرياض.

الشهر لعام ٢٠٠٣م	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	المجموع
عدد الحالات المشخصة	٦	٥	٣	٣	–	٤	٢	٢	٤	٥	٤	٣	٤١
عدد الحالات التي تنطبق عليها الشروط	٢	–	١	٢	–	–	١	١	٢	١	–	١	١١

ومن الجدول السابق تم اختيار (١١) حالة تنطبق عليها شروط اختيار العينة، حالة واحدة لم توافق بسبب ظروف انتقال والدها خارج المملكة، وعشر حالات تمت مقابلتهن وافقن على الاشتراك، وتم التعاقد معهن وأسرهن بواسطة عقد

للتعاقد، موضح فيه أهداف البرنامج، وأثناء المقابلات الفردية وقبل تنفيذ البرنامج، انسحبت حالتان بسبب ظروفهما الأسرية.

مجالات الدراسة:

المجال البشري: ١- عينة عمدية من الأطفال الإناث المصابين بمرض السكري، حديثي الإصابة ممن لا تقل أعمارهم عن ٨ سنوات ولا تتجاوز ١٢ سنة.

٢- أمهات الأطفال عينة الدراسة.

المجال المكاني: مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض.

المجال الزمني: من ١٤٢٤/٧/١٦هـ ١٤٢٥/٤/١هـ حيث تم في هذه الفترة، التقدير المبدئي للحالات، ومرحلة إجراء التجربة.

- مرحلة التقدير المبدئي للحالات، وقد استغرقت ستة أشهر ١٤٢٤/٧/١٦هـ - ١٤٢٤/١٢/١٦هـ متضمنة اختيار العينة.
- مرحلة إجراء التجربة وقد استغرقت حوالي أربعة أشهر من ١٤٢٤/١٢/١٦هـ إلى ١٤٢٥/٤/١هـ.

أدوات الدراسة:

١- القياس: بتطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، المترتبة على إصابة الطفل بمرض السكري (إعداد الباحثة)، ويهدف إلى قياس حدة هذه المشكلات ويتضمن قياس المتغيرات التالية:

أ- المشكلات الطبية المرتبطة بأعراض المرض وسلوكياته العلاجية.

ب- المشكلات النفسية المرتبطة بآثار المرض على الجانب النفسي والعلاجي.

ج - المشكلات الاجتماعية المرتبطة بآثار المرض في العلاقات الأسرية وسلوكيات العلاج.

٢ - دليل الملاحظة وتطبقه الأم على الطفل، لملاحظة سلوكياته اليوميه نحـو العلاج (إعداد الباحثة).

٣- المقابلات الفردية مع حالات الدراسة من الأطفال والأمهات.

٤- المقابلات الجماعية في خدمة الفرد مع حالات الدراسة مـن الأطفـال والأمهات، لتطبيق برنامج التدخل.

٥- تحليل محتوى المقابلات الجماعية في خدمة الفرد مع الأطفـال والأمهـات حالات الدراسة.

خطوات بناء المقياس ودليل الملاحظة

مرحلة تكوين وبناء المقياس:

تعرف عملية القياس بأنها: الإجراءات التي عن طريقها يتم إعطاء قـيم معينـة أو علامات معينة للأشياء، تبعاً لمجموعة من الـضوابط والـنظم الـتي تحكمهـا. وهذه القيم أو العلامات، قد تكون أسماء أو صفات مثل: نعم / لا، ذكر / أنثـى. (Bloom & Fischer,1982:32-33)

وقد اتخذت الباحثة مقياساً ثلاثي الأبعاد (دائما – أحيانا – أبدا) ويعطـي القيم التالية:

- دائماً:(٣) للعبارة الإيجابية.
- أحياناً: (٢) للعبارة الإيجابية.
- أبداً: (١) للعبارة الإيجابية.

وتمثلت أبعاد المقياس في قياس المشكلات الطبية – المـشكلات النفـسية – المشكلات الاجتماعية.

وتم عرض المقياس على العاملين في المجال الطبي، وخاصـة المهـتمين بمـرض السكري، بالإضافة لبعض المقابلات مع الأطفال المصابين بمرض السكري الأكـبر

سناً، عن طريق المقابلات الشخصية، حول أي من المشكلات السابقة التي يعـــانى منها الطفل المصاب بمرض السكري وفى ضوء الاستطلاعات المبدئية قامت الباحثة بصياغة مجموعة من العبارات الخاصة، لكل بعد من أبعاد المقيـــاس، والـــتي تمثـــل مفردات المقياس في صورته النهائية في ضوء النتائج التالية:

- المؤشرات التي أسفر عنها الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة.
- نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أجرتها الباحثة على عينة من الأطباء ومثقفات السكر.
- استطلاع العاملين في المجال الطبي.

قامت الباحثة بصياغة عبارات المقياس في صورتها المبدئية، وقد بلغ عددها مائة وعبارتين ثم قامت بعد ذلك بإجراء مقابلات مع مجموعة مـــن الأطفـــال ذكـــوراً وإناثاً، و ينتمون لبيئات ثقافية واجتماعية مختلفة، للتعرف على مدى وضوح وفهم كل عبارة بالنسبة للطفل، وكذلك تم توزيع المقياس على عدد من أعـــضاء الهيئـــة التعليمية والهيئة الطبية لمعرفة سلامة العبارات من حيث مدى ارتباطها ودلالتـــها، وفي ضوء الخطوات السابقة، قامت الباحثة بإعادة صياغة المقياس بعد حذف بعض العبارات، وإضافة بعض العبارات الأخرى، وإعادة تصحيح صياغة بعض العبارات، وأسفرت اختبارات الثبات والصدق للمقياس إلى توصل الباحثة إلى صياغة المقياس في صورته النهائية، حيث بلغت مفرداته (٦٠) مفردة بواقع (٢٠) مفردة لكل بعد من أبعاد المقياس على النحو التالي:

البعد الأول: المشكلات الطبية وعباراته من **١- ٢٠**.

البعد الثاني: المشكلات النفسية وعباراته من **٢١ - ٤٠**.

البعد الثالث: المشكلات الاجتماعية وعباراته من **٤١ - ٦٠**.

طريقة تصحيح المقياس:

تضمن المقياس (٦٠) مفردة تأخذ استجابة التدرج الثلاثي (دائما - أحيانا - أبدا) وقد أعطت الباحثة للاستجابات: - دائماً (٣) درجات، أحياناً (٢) درجة، أبداً (١) درجة في العبارات الإيجابية، أما في العبارات السلبية تعكس الدرجات لأنها لا تحمل صفة المشكلات، حيث تعطى الاستجابة دائماً درجة (١)، وأحياناً (٢) درجة، وأبداً (٣) درجات وذلك في الأرقام التالية:

البعد الأول: الأرقام السلبية (٢، ٤، ٦، ٧، ١١، ١٢، ١٤، ١٥، ١٦).

البعد الثاني: الأرقام السلبية (٢٤، ٢٧، ٣٠، ٣٤، ٣٦، ٤٠).

البعد الثالث: الأرقام السلبية (٤١، ٤٤، ٤٨، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٤، ٥٨).

درجات مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

الدرجة الكلية للمقياس	١٨٠
الدرجة الكلية الصغرى للمقياس	٦٠
الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس	٦٠
الدرجة الصغرى لكل بعد من أبعاد المقياس	٢٠

وتشير الباحثة إلى أنها عمدت في نهاية كل حالة من حالات الدراسة، إلى تحديد مستوى التغير أو التعديل الذي حدث للحالة بعد عمليات التدخل المهني، سواءً أكان التعديل مرتفعاً أم متوسطاً أم منخفضاً، وقد اعتمدت في ذلك التحديد على الربيع الأعلى والربيع الأدنى لدرجة المقياس الكلية كما يلي:

- الدرجة من ٦٠ إلى ٩٠ = تشير إلى انخفاض حدة المشكلات.
- الدرجة من ٩٠ إلى ١٢٠ = تشير إلى وجود مشكلات متوسطة (الربيع الأدنى).
- الدرجة من ١٢٠ إلى ١٥٠ = تشير إلى وجود مشكلات فوق المتوسط (الربيع الوسيط).
- الدرجة من ١٥٠ إلى ١٨٠ = تشير إلى وجود مشكلات عالية (الربيع الأعلى).

الصدق Validity

يأخذ الصدق أهميته في بناء المقاييس الاجتماعية والنفسية، حيث إنه يساعد على الإجابة عن مدى قدرة المقياس لقياس السلوك أو ما صمم لقياسه. (السيد،١٩٩٥: ١٦٢) . وفي هذه الدراسة سيتم التحقق من أنواع الصدق التالية:

صدق المحتوى Content validity

ويحسب هذا الصدق على فحص محتوى الاختبار، وتحليل أسئلته لمعرفة مدى تمثيلها للسلوك الذي يقيسه الاختبار، وللتأكد من أن الأسئلة تغطي جميع جوانب السلوك. (عبيدات، وآخرين،١٩٩٣: ١٩٤)

وعلى ذلك قامت الباحثة بوضع مجموعة من العبارات التي ترتبط بالمشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري، والتي شكلت ثلاثة أبعاد رئيسة للمقياس، حيث استقت الباحثة هذه العبارات من التراث النظري والبحوث السابقة في علوم الخدمة الاجتماعية، وعلم الاجتماع الطبي، والصحة النفسية، والصحة العامة، إلى جانب البرامج الميدانية للخدمة الاجتماعية ببعض مستشفيات المملكة، المرتبطة بالتعامل مع الأطفال المصابين بمرض السكري خصوصاً في الأيام الخاصة باليوم العالمي لمرض السكري.

وقد تم حساب معامل الاتساق الداخلي بحساب ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، وكان معامل الاتساق ٠,٧٦ كما يشير إليها الجدول التالي.

جدول (٢)

يوضح معامل صدق الاتساق الداخلي للمقياس

بواسطة درجة ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس.

أبعاد المقياس	البعد الأول مع الدرجة الكلية	البعد الثاني مع الكلية	البعد الثالث مع الدرجة الكلية
معامل الاتساق الداخلي	٠,٦٩	٠,٨٢	٠٠,٧٦
معامل الاتساق الداخلي للدرجة الكلية للمقياس	٠,٧٦		

الصدق الظاهري Face Validity

ويشير إلى المظهر الصادق لشكل الاختبار، أي أن تكـون فقراتـه مرتبطـة بالسلوك المراد قياسه، وفي هذه الدراسة تم التحقق من الصدق الظـاهري بعـرض مؤشرات المقياس على المحكمين، وهم مجموعة من أطباء الأطفال المتخصـصين في أمراض الغدد الصماء، وأساتذة في العلوم الاجتماعية والنفسية. وذلـك بهـدف التأكد من صياغة العبارات، ومدى ملاءمتها لموضوع الدراسة، وقـد تم إجـراء التعديلات اللازمة بناءً على وجهة آراء المحكمين. وتم استبعاد العبارات التي قلـت نسبة الاتفاق عليها عن (٨٠%).

الصدق الذاتي:

يتم حساب الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامـل ثبـات المقيـاس. وبحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس، وجد أن معامل الصدق الذاتي لأبعاد المقياس، يتراوح ما بين (٠,٨٧) و (٠,٩٧) في حين بلغت قيمة معامل الـصدق الذاتي للدرجة الكلية للمقياس (٠,٩٢) كما يشير إليها الجدول التالي.

جدول (٣)

يوضح قيم معامل الصدق الذاتي لمقياس المشكلات

أبعاد المقياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	معامل الصدق الذاتي للدرجة الكلية
معامل الصدق الذاتي	٠,٨٧	٠,٩٧	٠,٩٤	٠,٩٢

معامل السهولة:

بلغ معامل سهولة المقياس (٠,٨٦)، كما تراوحت قيم معامل السهولة لأبعـاد المقياس ما بين (٠,٨٤)، (٠,٨٨) أما مفردات المقياس فقد تجاوزت سهولة كـل المفردات (٠,٨٠) حيث تراوحت قيم معامل سهولة مفردات المقياس مـا بـين

(٠,٨٠) (١,٠٠)، وهذه القيم السابقة تعكس أن مفردات المقياس على درجة مناسبة من السهولة، كما جاءت قيم معاملات سهولة أبعاد المقياس والدرجة الكلية مرتفعة بما يؤكد صلاحية المقياس من حيث سهولته.

الجدول رقم (٤)

يوضح معاملات السهولة لعبارات المقياس

المشكلات الطبية		المشكلات النفسية		المشكلات الاجتماعية	
م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة
١	٠,٩١	٢١	٧٨	٤١	٠,٩١
٢	٠,٨٧	٢٢	٠,٨٣	٤٢	٠,٨٧
٣	٠,٨٣	٢٣	٠,٩٦	٤٣	٠,٩٦
٤	٠,٩١	٢٤	٠,٧٤	٤٤	١
٥	٠,٨٧	٢٥	٠,٧٠	٤٥	٠,٨٣
٦	٠,٩٦	٢٥	٠,٧٨	٤٦	٠,٧
٧	١	٢٧	٠,٩١	٤٧	٠,٧٤
٨	١	٢٨	٠,٨٧	٤٨	١
٩	٠,٩٦	٢٩	٠,٧٨	٤٩	٠,٩٦
١٠	٠,٩١	٣٠	٠,٨٣	٥٠	٠,٧٨
١١	١	٣١	٠,٧٨	٥١	٠,٨٣
١٢	٠,٨٣	٣٢	٠,٩٦	٥٢	٠,٧٠
١٣	٠,٧٨	٣٣	٠,٨٦	٥٣	٠,٧٨
١٤	٠,٨٣	٣٤	٠,٨٣	٥٤	٠,٧٤
١٥	٠,٧٨	٣٥	٠,٩١	٥٥	٠,٩٦
١٦	٠,٧٨	٣٦	٠,٨٧	٥٦	٠,٩١
١٧	٠,٧٣	٣٧	٠,٨٧	٥٧	٠,٧٨
١٨	٠,٨٧	٣٨	٠,٨٣	٥٨	٠,٩١
١٩	١	٣٨	٠,٧٤	٥٩	١
٢٠	٠,٨٧	٤٠	٠,٩٦	٦٠	٠,٩٦
٠,٨٨		٠,٨٤		٠,٨٧	
٠,٨٦					

الثبات Reliability

ويقصد به: القدرة على إعطاء نتائج أو نتائج قريبة منها، إذا ما أعيد تطبيقه على نفس المجموعة. (منسي،١٩٩٤: ٢٠٣) وفي هذه الدراسة طبقت الباحثة كلاً من:

إعادة الاختبار Test-Retest reliability

يطبق الاختبار على مجموعة من المبحوثين، وبعد ١٥ يوماً يعاد تطبيقه على نفس المجموعة، ثم يتم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في القياس الأول والثاني، والناتج هو معامل ثبات الاختبار. (عبيدات، ١٩٩٣: ١٩١)

وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة عشوائية، قوامها خمسة عشر طفلاً من الجنسين حديثي الإصابة بمرض السكري، ثم قامت بعد ذلك بإعادة التطبيق بعد خمسة عشر يوماً من التطبيق الأول على نفس العينة بحساب معامل ثبات المقياس، كما استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين الأول والثاني، وقد تراوحت قيم معامل الاستقرار والثبات ما بين ٠,٧٦، ٠,٩٥ عند مستوى معنوية ٠,٠١، كما بلغت قيمة معامل الاستقرار والثبات للدرجة الكلية للمقياس ٠,٨٥ عند مستوى معنوية ٠,٠١، وقد جاءت هذه القيم لمعامل الثبات مرتفعة، مما يعطى مؤشراً جيداً على ثبات المقياس وبالتالي إمكانية تطبيقه ميدانياً.

جدول رقم (٥)

يوضح قيم معامل الثبات لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

عند الأطفال مرضى بواسطة إعادة الاختبار.

أبعاد المقياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	معامل ثبات الدرجة الكلية للمقياس
معامل الثبات	٠,٧٦	٠,٩٥	٠,٨٨	٠,٨٥

صدق وثبات دليل الملاحظة

قامت الباحثة بإعداد دليل الملاحظة، كأحد الأدوات الرئيسة لهذه الدراسة، وقد راعت في عملية الاسترشاد بالأطر النظرية والدراسات السابقة والمفاهيم المحددة لموضوع الدراسة، ويتضمن دليل الملاحظة (٣٨) عبارة إيجابية تقيس سلوكيات الالتزام، وتقاس الاستجابات في ضوء التدرج الثلاثي نعم وتأخذ (٣) درجات، إلى حد ما (٢) درجة، لا (١) درجة تصحيح دليل الملاحظة:

٣٨×٣= ١١٤ التزام جيد، ٣٨×٢= ٧٦ التزام متوسط، ٣٨×١= ٣٨ التزام ضعيف وقد اعتمدت الباحثة على تحديد مستوى الالتزام بناءً على الربيع الأعلى والربيع الأدنى لدرجة دليل الملاحظة، على النحو التالي:

- الدرجة من ٣٨-٥٦ التزام ضعيف.
- الدرجة من ٥٧-٧٥ التزام متوسط. الربيع الأدنى
- الدرجة من ٧٦-٩٤ التزام جيد. (الوسيط)
- الدرجة من ٩٥- ١١٤ التزام ممتاز. (الربيع الأعلى)

وفي كثير من الأحيان يصعب ثبات العوامل المحيطة في كل المواقف التي يعاد فيها تكرار الملاحظة، كما أن تطبيق الأساليب الإحصائية في الحصول على بيانات ثابتة من خلال الملاحظة كأداة أساسية في البحث الاجتماعي يواجه ببعض العقبات. (عبد الرحمن وآخرين،٢٠٠٢: ٤٠٠).

ويحدد (منسي،٢٠٠٢: ٢٩) (عبد الباقي،١٩٨٠: ٢٠٢) بعض الشروط غير الإحصائية التي يمكن أن تعمل على تحسين وثبات صحة الملاحظة. **وقد راعت الباحثة هذه الشروط في إعداد دليل الملاحظة وترتبط بما يلي:**

- وحدة الملاحظة: تمثلت وحدة الملاحظة في حالات الدراسة الأطفال مرضى السكري.
- زمن الملاحظة:حدد زمن الملاحظة خلال الأوقات التي يتم فيها إجراء العلاج.

- مكان الملاحظة: منزل الطفلة خلال مدة التجربة.
- الجوانب المراد ملاحظتها: وقد حددتها الباحثة بدليل الملاحظة حيث يتضمن دليل الملاحظة أبعاد الموقف الخاص بالإجراءات العلاجية، من حيث السلوك اليومي نحو مهام العلاج، التي يجب ملاحظتها وتدوين نتيجة السلوك المراد قياسه والخاص بأداة الملاحظة.
- تبسيط إجراءات الملاحظة: قامت الباحثة بتبسيط إجراءات الملاحظة إلى أدنى حد ممكن، وبما يسمح بتسجيل الملاحظات، دون اضطراب أو الحاجة إلى مجهود كبير.
- تدريب الملاحظين: قامت الباحثة بتعليم الأم (الملاحظة) وتدريبها على دليل الملاحظة، وذلك باعتبار أن مهام العلاج يومية وروتينية وتتطلب ملاحظة دقيقة أثناء تأدية السلوك.
- الاستعانة بأكثر من ملاحظ: قيام أكثر من ملاحظ بالملاحظة، لضمان قدر من المعلومات الموضوعية، حيث استعانت الباحثة بملاحظة نتائج القياس المدونة في الجهاز الخاص بتحليل نسبة السكر.

- صدق التجربة Experimental Validity

أوضح بست وكاهن (Best&Kahn,1989:118-123) نقلاً عن كامبل وستانلي (Campbell&Stanley,1966) نوعين من الصدق للتجربة، الصدق الداخلي والخارجي.

ويشير الصدق الداخلي: إلى ضرورة توافر الشروط التي تجعل الفروق على المتغير التابع هي نتيجة مباشرة لعمليات التحكم التي تجري على المتغير المستقل. بمعنى آخر عزو الفرق بين القياس القبلي/ البعدي لتأثير المتغير المستقل.

ويشير الصدق الخارجي: إلى ضرورة توافر الشروط التي تجعل النتائج قابلة للتعميم خارج العينة وفي مواقف تجريبية مماثلة.

وقد حدد (Campbell&Stanley,1966) ثمانية عوامل تؤثر في الصدق الداخلي للتجربة، وأربعة عوامل تؤثر في الصدق الخارجي للتجربة.

الفصل السادس
استراتيجيات وآليات
التدخل المهني مع حالات الدراسة

أولاً: بناء التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً.

ثانياً: استراتيجيات برنامج التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً.

ثالثاً: آليات برنامج التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً.

رابعاً: عرض تلخيصي لمحتوى المقابلات الجماعية مع الأمهات.

خامساً: خطوات التدخل المهني مع حالات الدراسة.

أولاً: بناء التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً

بناءً على الإطار النظري الخاص بالنظريات السلوكية والمعرفية ونظريات التعلم الاجتماعي، ونتائج الدراسات والبحوث التي تم عرضها، ونتائج الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة، فقد توصلت الباحثة إلى بناء نموذج علاجي للتدخل المهني، باستخدام العلاج السلوكي المعرفي مع الأطفال مرضى السكري، لتأهيلهم اجتماعياً للتعايش مع المرض والتوافق مع متطلباته العلاجية. **ويتضمن المراحل التالية:**

- مرحلة التقدير Assessment phase

ينظر المدخل المعرفي السلوكي إلى اضطرابات ومشاكل العملاء على أنها تتشكل من جوانب معرفية ووجدانية وسلوكية، ويتطلب تقدير تلك الاضطرابات التحديد ووصف الشروط المرتبطة بالمشكلة أو السلوك المشكل، والعوامل المرتبطة بالمثير الذي يسبق المشكلة، وكذلك تحديد النتائج المرتبطة بها.

وتعتبر مرحلة التقدير عملية أساسية وضرورية لتحديد وبناء استراتيجيات التدخل المهني المناسبة. **ويستخدم فيها أسلوب المراجعة المعرفية لتحديد المشكلة عن طريق التالي:**

١- تحديد المشكلات Problems Identification من حيث التعرف على نوعية المشكلات المترتبة على إصابة الأطفال بمرض السكري من خلال:

- المقابلات الفردية مع كل من (الطفل والأم)، لتحديد السلوكيات التي تؤثر في الالتزام بالعلاج، وتكون هدفاً للتغيير.

- التقارير الذاتية التي تسجلها الطفلة عن مشكلتها، للتعرف على الاعتقادات والأفكار الخاطئة التي تؤثر في سلوكيات العلاج.
- ملاحظة الانفعالات والسلوكيات المرتبطة بالاعتقادات الخاطئة والأفكـــار اللاعقلانية.
- التعرف على الاستجابات النفسية لكل من الطفل المريض وأســـرته (الأم)، وتأثيرها في الالتزام.

٢- وضع الأولوية Priority Setting

حيث يتم تحديد الجوانب العلاجية المتطلبة والمرتبطة بطبيعة الموقف وأولوياتها، مع التركيز على احتياجات الطفل (نقص المعرفة، الاستجابات النفسية وتأثيرهـــا، أساليب تعامل الأسرة مع المرض..إلخ). **ويستخدم في هذه المرحلة ما يلي:**

- المقابلات الفردية مع كل من الطفلة والأم، للتعرف علـــى الـــسلوكيات والاستجابات الانفعالية للمرض، وتأثيرها في الالتزام بالعلاج.
- تطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية على الأطفال مرضى السكري، لتحديد نوعيتها وحدتها وأولويات عمليات التدخل العلاجي.
- تطبيق دليل الملاحظة للالتزام بالعلاج على الأطفال من قبل (الأم) لتحديد أولوية التدخل في مهام العلاج.
- ملاحظة استجابات الطفلة وسلوكياتها وعلاقاتها الاجتماعية مع المجموعة.

ـ مرحلة التدخل المهني Implementation Phase Procedure

يركز التدخل المهني من خلال ممارسة المدخل المعرفي الـــسلوكي، مـــع الأطفـــال مرضى السكري على الاهتمام بالأسباب المعرفية والسلوكية والوجدانيـــة والمواقـــف الاجتماعية المرتبطة بالمشكلة، نظراً لتفاعل تلك الأسباب في إحداث الموقف الإشكالي.

ويهدف إلى إحداث التغيير في معتقدات الطفلة، وتعديل سلوكها، وإعادة ترتيب ظروفها الأسرية، لمساعدتها على إدراك مشاكلها ومحاولة حلها، ومساعدتها على بناء تفسيرات مقبولة، وهذا يجعل الربط بين طبيعة المشاكل وإيجاد التدخل المطلوب واضحاً.

وتعتمد هذه المرحلة على المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال مرحلة التقدير في تحديد نوعية المشكلات، ووضع الأولويات لخطة العلاج بتطبيق الأساليب المعرفية السلوكية.

وسيتم التدخل عن طريق برنامج التأهيل الاجتماعي من خلال:

- العمل مع الأطفال عن طريق المقابلات الجماعية المحددة، والمرتبطة ببرنامج التأهيل الاجتماعي، الذي يتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال ويحقق أهداف التدخل المهني.
- إشراك الأمهات للمساعدة في تحقيق أهداف برنامج التأهيل الاجتماعي وذلك من خلال المقابلات الفردية والجماعية مع الأمهات، لتوجيههن وإرشادهن للتعرف على السلوكيات والمهارات المطلوب اكتسابها من الطفلة لتنفيذ إجراءات العلاج.

و يهدف التدخل المهني إلى:

١- تطوير الجوانب المعرفية والسلوكية المرتبطة بالتغيير من حيث:

- إعادة التصور لتعريف المشكلات السلوكية بأسلوب يساعد على التغيير.
- إعادة التصور للأفكار والمشاعر والسلوك، لإحداث أفكار ومشاعر وسلوكيات جديدة.
- بناء أبنية معرفية جديدة تؤدي إلى نظرة واقعية للمشكلات وأعراضها وأسلوب التعامل معها، مما يحقق عمليات الالتزام العلاجي.

٢- مساعدة الطفلة على تغيير بنية الحديث الداخلي، بحيث يتمشى مع سلوكيات العلاج المتطلبة.

٣- أن يتضمن الحديث الذاتي الجديد كل الخصائص الوظيفية مثل: التأثير في أنظمة الانتباه والتقدير والاستجابات.

٤- تطوير الجوانب المعرفية والسلوكية الخاصة بالتغيير، من حيث إحداث التعديل في العمليات المعرفية، مما يؤدي إلى إحداث تعديل في سلوكها الفعلي المرتبط بإجراءات الالتزام العلاجي.

٥- تحقيق التفاعل بين الجوانب المعرفية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للطفلة ويتطلب التدخل المهني الأساليب التالية:

أ- بناء علاقة مهنية مع المشتركين في الموقف (الأطفال مرضى السكري، أمهاتهم)، تسمح بالاتصال المباشر لعمليات التأثير والتعلم والمشاركة الإيجابية في تحقيق أهداف التدخل.

ب- إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: (معرفة المرض، كيفية التعامل مع متطلبات العلاج كالحقن بالأنسولين، إجراءات التحاليل، تسجيل النتائج، الاهتمام بتنظيم الوجبات، نوعية وكمية الغذاء، الاهتمام بممارسة الرياضة..إلخ). باستخدام أسلوب التعلم المعرفي من خلال المناقشة، والشرح، والتوضيح، والإقناع.

ج- التعامل مع الضغوط النفسية من خلال: التعرف على الانفعالات التي تصدر من الطفلة وأفراد الأسرة وما يصاحبها من سلوك، ومحاولة ضبط تلك الانفعالات والتعامل معها، لمساعدتهم على التخلص من الانفعالات السلبية والتعامل مع مشاعر الخوف، والقلق الزائد، والغضب الشديد، والملل من

الإجراءات العلاجية..إلخ. والاستجابة بطريقة مناسبة لطبيعة الموقف، وتحمل الضغوط، والتعامل معها بطريقة عقلانية، وذلك باستخدام أساليب الشرح والتفسير والتدعيم، وأسلوب التدريب التحصيني ضد الضغوط.

د- تعديل السلوك: من خلال تغيير أنماط السلوك غير السوية سواء للطفل أم لأسرته، وتحديد أساليب التعامل مع متطلبات الالتزام بالعلاج، وتدريبهم على التعامل مع هذه المهام لمنع حدوث مضاعفات المرض، عن طريق استخدام أساليب التعلم الذاتي الموجه، تحديد المهام للممارسات اليومية، واكتساب المهارات لتنفيذ متطلبات العلاج باستخدام التدعيم الإيجابي والسلبي لإعادة تشكيل الاستجابة، وأسلوب لعب الدور والنمذجة.

هـ - التشجيع والتدعيم على الاستمرار في السلوكيات الجديدة، وجعلها جزءاً من نمط حياتها اليومي، باستخدام التدعيم الإيجابي والواجبات المترلية لاكتساب مهارات التعامل للمهام العلاجية.

- مرحلة التقويم والإنهاء التدخل Termination Phase Procedure

تتضمن هذه المرحلة التمهيد لإنهاء برنامج التدخل، وتقويم عائد التدخل المهني.

وتتطلب مرحلة الإنهاء التمهيد لإنهاء العلاقة المهنية بين المعالج وأطراف الموقف (الأطفال – الأمهات). **من خلال:**

- تحديد فترة زمنية للمقابلات الجماعية، لتنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري.
- الاستعداد والتدريب على تقديم فقرات للحفل الختامي للبرنامج، والمرتبطة باختيار بعض الأنشطة التي تمت ممارستها في اللقاءات الجماعية.
- تنفيذ الحفل الختامي وتوزيع الهدايا على المشتركات فيه.
- إعادة تطبيق كل من:

– مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالطفل مريض السكري.

- دليل الملاحظة الخاص بالإجراءات العلاجية. (تحليل كمي)

- تحليل محتوى المقابلات الفردية والجماعية مع الأطفال والأمهات. (تحليل كيفي)
- متابعة الاتصال بالأمهات، لمساعدتهن على الاستمرار في توجيه أطفالهن، وتشجيعهن على مواصلة الاستمرار في سلوكيات الالتزام.

ثانياً: استراتيجيات برنامج التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً:

١ـ أهداف البرنامج: يهدف البرنامج إلى تحقيق الأهداف التالية:

أ- تحديد المتطلبات التعليمية الأساسية، لضمان استفادة الأطفال مرضى السكري من العلاج المقدم لهم، لمنع المضاعفات الحادة ولتفادي المضاعفات المزمنة للمرض.

ب- التخطيط لعملية التأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى وأسرهم (الأمهات)، لضمان أفضل تأثير لأساليب التأهيل الاجتماعي المستخدمة، من خلال المقابلات الفردية مع الأطفال والأمهات.

ج- تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي، من خلال المقابلات الجماعية مع الأطفال والأمهات.

د- المتابعة والتقييم الدوري لمعرفة مدى تصحيح الأفكار واكتساب السلوك.

هـ- التنسيق مع الفريق العلاجي لضمان تضافر الجهود، ولتحقيق عملية التأهيل الاجتماعي

و- الاعتماد على المدخل المعرفي السلوكي، وأساليبه العلاجية المناسبة لطبيعة وخصائص مرحلة الطفولة المتأخرة.

ز- تقييم كل طفلة على حدة من حيث:

- حالتها الصحية ومعرفتها بالمرض وتقبلها له ومدى تحمسها للاستجابة للأساليب العلاجية
- ردود أفعالها النفسية ومخاوفها من المرض.

- مشكلاتها الاجتماعية الناتجة عن المرض، وذلك من خلال المقابلات الفردية، وتطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية على الأطفال، إعداد (الباحثة) وتطبيق دليل الملاحظة مع الأمهات لقياس مدى التزام الطفلة بإجراءات العلاج. إعداد (الباحثة). ويستخدم هذا التقييم لتقدير أولوية التدخل عند تنفيذ البرنامج، بهدف التعرف على الحاجات الفردية لكل طفلة على حدة لمواجهة مشكلاته.

ح- دعم الناحية النفسية للأطفال المرضى وأمهاتهم، لتكوين العلاقة المهنية التي تقوم على التقبل والتجاوب مع الباحثة، والتي تساعد على مناقشة المشاكل المرتبطة بالمرض بحرية تامة، وتحقق التعاون المتبادل لضمان قبول خطة العلاج.

ط- ملاحظة الطفلة المريضة واستجاباتها ومخاطبتها بالواقع وبالأسلوب الذي يناسبها ويشعرها بذاتها، مما يسهل عليها عملية التجاوب والاستفادة من برنامج التأهيل الاجتماعي.

ي- إدراك أن البرنامج لا يهدف إلى تزويد الأطفال المرضى بالسكري بالمعلومات الطبية فقط، بل التأكد من التدريب على إتقان مهارات العلاج في ضوء المعلومات المقدمة؛ لإكسابهن المهارات اللازمة لمتطلبات العلاج، وجعلها جزءاً من مهامهم اليومية للمحافظة على ضبط مستويات سكر الدم على طول المدى.

ك- تطبيق المقياس البعدي على الأطفال لمعرفة مدى التغيير.

ل- تطبيق دليل الملاحظة البعدي على الأطفال لمعرفة مدى الالتزام.

م- التمهيد لإنهاء عملية التدخل المهني.

ن- مقارنة نتائج القياس القبلي / البعدي لمعرفة الفـروق بـين درجـات القياسين.

٢ـ المستفيدون من البرنامج:

الأطفال من فئة الإناث (**عينة الدراسة**) وأمهاتهن هن المستفيدات من برنـامج التأهيل الاجتماعي.

٣ـ مكان تنفيذ البرنامج: مستشفى قوى الأمن:

ينفذ البرنامج في مستشفى قوى الأمن، وبالتحديد في قاعة الانتظار بقسم العيادات.

٤ـ مدة تنفيذ البرنامج:

نفذ البرنامج على مدى (١٤) أسبوعاً، بمعدل ثلاث ساعات أسبوعياً، موزعة بين الأطفال وأمهاتهم، ساعتان للأطفال (فئة الإناث) وساعة واحدة مع الأمهات، وتم تنفيذ البرنامج بتاريخ ١٤٢٤/١٢/٢١هـ إلى ١٤٢٥/٣/٢٤هـ.

٥ـ مضمون البرنامج:

تضمن برنامج التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري، مجموعـة مـن العناصر الرئيسة المتداخلة والمتفاعلة فيما بينها، ومن هذه العناصر ما يختص بالجانب التعليمي للمرض، لإدراك مهام العلاج، ومنها ما يختص بالجانب النفسي، للتعامـل مع الاستجابات الانفعالية للمرض، وكيفية التعامل مع الضغوط، ومنها ما يخـتص بالجانب الاجتماعي، المرتبط بالأسرة لتحقيق عمليات الاتـصال والمـشاركة في مسؤوليات العلاج، والتدريب على حل المشكلات الحادة للمرض، والتدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الالتزام بالعلاج، حيـث إن إمـداد الطفلة بالمعلومات، يؤدي إلى معرفتها بالمرض، ويعدل الكثير من الأفكار الخاطئـة لديها، وتكتسب قدرة الإدراك في تنفيذ المهام المتطلبة من العلاج، ممـا يـساعدها على ضبط مستوى السكر والتحكم فيه Controllable blood glucose.

وتحتوي هذه العناصر على ما يلي:

أولاً: العناصر المعرفية للعلاج Diabetes knowledge وتتضمن:

أ/ المعرفة بالمرض Diabetes knowledge من حيث:

- أجهزة جسم الإنسان، وتوضيح وظيفة كل جهاز.
- كيفية الإصابة بمرض السكري.
- مرض السكري المعتمد على الأنسولين.
- أهمية الأنسولين للجسم.
- أعراض الانخفاض الحاد لسكر الدم.
- أعراض الارتفاع الحاد لسكر الدم.
- الوقاية من المضاعفات الحادة وكيفية التعامل معها.
- متطلبات علاج مرض السكري، وإجراءاته العلاجية المرتبطة بالحقن اليومي للأنسولين – التحاليل اليومية للبول والدم – تسجيل النتائج – التغذية الصحية – التمارين البدنية.
- المحافظة على مستوى قريب من المستوى الطبيعي لسكر الدم.
- المراجعة لهذه المعلومات في كل اجتماع مع تقديم المدعمات الإيجابية أو السلبية.

ب/ إدراك المهام المتطلبة في العلاج من حيث:

١- المعرفة بأهمية الغذاء، والتغذية الصحية: فائدة الغذاء للجسم، وأهميته في العلاج، السعرات الحرارية المطلوب تناولها، توزيع الطعام في مجموعات غذائية، عدد الوجبات اليومية، وتنوع محتوياتها الغذائية..إلخ.

٢- المعرفة بالتمارين البدنية المناسبة، فائدة التمارين للجسم، وأهميتها في العلاج، الأوقات التي تمارس فيها، الاحتياطات الأمنية اللازمة عند ممارستها، الحالات التي يتوقف فيها ممارسة التمارين.

وتتم المراجعة لهذه المهام بحل الواجب المنزلي، وتقديم المدعمات من خلال المقابلات في الاجتماعات القادمة.

ثانياً: الانفعالات النفسية والتعامل معها Emotional Coping

تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى العديد من الاستجابات النفسية للطفلة وأسرتها المرتبطة بالموقف الصدمي في بداية المرض، وما يتبعه من إجراءات ومتطلبات للعلاج، وتتمثل هذه الاستجابات في مشاعر الألم والخوف، والاستياء والغضب، والشعور بالذنب، والملل من الإجراءات الروتينية للعلاج..إلخ. ويتم التعامل مع هذه الاستجابات عن طريق إتاحة الفرصة للتعبير عنها، وتحديد المواقف التي تحدث فيها، والتدريب على أساليب التعامل معها لاكتساب المهارات التي تساعد على تحقيق عملية الالتئام الانفعالي Emotional healing

ويتحقق ذلك عن طريق:

- التعرف على الاستجابات الانفعالية للمرض من حيث: سرعة الانفعال، الغضب، الخوف، الاستياء، الملل، وتحديد المواقف التي تحدث فيها هذه الاستجابات.
- مساعدة الأطفال أعضاء الجماعة، على التعبير عن مشاعرهم تجاه هذه الضغوط النفسية للمرض.
- مساعدة الأطفال أعضاء الجماعة على كيفية مواجهة الضغوط النفسية لتقبل إجراءات العلاج، وتدريبهم على أساليب التعامل معها.
- مراجعة الاستجابات الانفعالية عن طريق الواجبات المنزلية، وكتابة الأفكار التي تراود الذهن تجاه الأحداث اليومية لمناقشتها.

ثالثاً: الجوانب الاجتماعية للمرض:

تؤثر العلاقات والاتصال في الأسرة على التزام الطفلة بالعلاج، وتؤدي مشاركة الأسرة في مسؤوليات العلاج إلى تحقيق أهداف العلاج.حيث إن إصابة الطفلة

بمرض السكري والتزامها بالعلاج، ترتبط بالعديد من الجوانب الاجتماعية المرتبطة بذاتها وبأسرتها وبمدرستها **ولتحقيق عملية الالتزام العلاجي يتم:**

- التعرف على الأفكار الخاطئة التي تؤثر في عملية التوافق مع المرض.
- تعليم الأسرة كيفية مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض.
- تعليم الأسرة كيفية حل المشكلات المرتبطة بمشكلات المرض.
- تعليم الأسرة أهمية المشاركة في تنفيذ مسؤوليات العلاج، والتدريب على التدرّج في تحويل المسؤوليات للطفلة.
- تعليم الأسرة المهارات الاجتماعية الخاصة بالتعامل مع مرض الطفلة.
- إيجاد الصلة والتعاون مع المدرسة (المعلمة، الزملاء، المشرفة) وأعضاء الفريق العلاجي (مثقفة السكر، الطبيب المعالج)، لتحقيق الالتزام بالعلاج.
- مراجعة هذه الجوانب مع التوضيح والشرح والتفسير والتشجيع على الاستمرار فيها لتكون نمطاً في أسلوب الحياة.

أساليب التدخل المهني:

يعتمد التدخل المهني على بعض الأساليب المناسبة لأهداف برنامج التأهيل الاجتماعي، **ومن هذه الأساليب ما يلي:**

- إعادة البناء المعرفي.
- أسلوب التدريب على التعلم الذاتي.
- أسلوب التدريب على الصمود لمواجهة الضغوط.
- أسلوب التدريب على حل المشكلة.
- أسلوب إعادة تشكيل الاستجابة (التدعيم).
- أساليب لعب الدور، والنمذجة.

٦ـ أدوات تنفيذ البرنامج

أ- المقابلات الجماعية مع الأطفال، بمعدل ساعتين أسبوعياً، لتعلم متطلبات العلاج.

ب- المقابلات الجماعية مع الأمهات، بمعدل ساعة، لمشاركة الأسـرة (الأم) في تنفيذ خطة العلاج لتحقيق الأهداف العلاجية.

ج- المقابلات الفردية مع الطفلة، لمناقشة المشكلات الفرديـة والتعـرف علـى التقارير الذاتية، ومراجعة الواجبات المترلية الخاصة بمهام العلاج.

د- المقابلات الفردية مع الأمهات، لمناقشة المشكلات الخاصة بمهـام العـلاج، والتعرف على معوقات الاستجابة لمهام العلاج.

هـ- المقابلات المشتركة مع الأطفال والأمهات، لمناقشة ما يـستجد مـن مواقـف طارئة.

٧- وسائل تنفيذ البرنامج:

تنوعت وسائل البرنامج على حسب أهداف ومحتوى كل مقابلـة جماعيـة، وتم اختيار الوسائل المناسبة لمرحلة العمر وخصائصها، بهـدف تحقيـق أهـداف البرنامج، ومقابلة احتياجات الأطفال الفردية، واستخدامها لتوجيـه التفـاعلات داخل الجماعة عن طريق التعليم الفردي والتعليم الجماعي.

وتتمثل هذه الوسائل في التالي:

- أشرطة فيديو لتعليم المهارات الفنية في مهام العلاج الطبي.
- وسائل إيضاحية لأجهزة جسم الإنسان، وشرح وظيفة كل جهاز.
- مذكرة تعليمية للتعرف على مرض السكري. (إعداد: رغد السعد).
- مذكرة تعليمية لاختبار معلومات الطفل. (إعداد: رغد السعد).
- مذكرة تثقيفية وترفيهيـة لتعلـيم المهـارات الاجتماعيـة والـسلوكيات الصحيحة في - التعامل مع المرض. (إعداد: نوفو لرعاية مرض الـسكر) (Novo, Diabetes Care)
- تقديم نموذج صحي للوجبات الغذائية الرئيسة والخفيفة خلال اليـوم مـن مركز الحمية الغذائية.

- قصة عن دبدوب والسكري، نفذت عن طريق التمثيل، ووزعت الأدوار على الأطفال بناءً على اختيار كل منهم للدور الذي يرغب فيه.
- تقديم كتيبات عن الطهي الصحي للمأكولات.

٨ـ مراحل تنفيذ البرنامج:

المرحلة الأولى:

وتهدف إلى تحديد أولوية التدخل في تحديد المشكلات المرتبطة بعدم الالتزام العلاجي، **وتتم هذه المرحلة من خلال الآتي:**

١- العمل على تكوين علاقة مهنية مع الطفلة والأم لتهيئتهم للمشاركة والتعاون في تنفيذ خطة البرنامج.

٢- أخذ موافقة ولي الأمر على اشتراك طفلته بالبرنامج عن طريق التوقيع على نموذج التعاقد.

٣- المقابلات الفردية مع الأطفال للتعرف على المشكلات وتحديد الاحتياجات وفقاً للحالة الفردية، وتطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية من إعداد (الباحثة).

٤- المقابلات الفردية مع الأمهات للتعرف على الظروف الاجتماعية للأسرة، من حيث العلاقات الاجتماعية، والاستجابة النفسية لمرض الطفل، وأساليب التعامل مع إجراءات العلاج.

٥- المقابلات المشتركة مع الطفلة والأم لتطبيق دليل الملاحظة للالتزام العلاجي من إعداد (الباحثة).

المرحلة الثانية:

وتضمنت تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري، بناءً على نتائج المرحلة الأولى لتقدير الموقف، والتي تحددت متغيراتها الأساسية التي يسعى البرنامج إلى تغييرها، وعناصرها المرتبطة بالجانب التعليمي للمرض، والجانب

النفسي، والجانب الاجتماعي (انظر مضمون البرنامج) استخدام الأساليب المهنية المناسبة مع كل جانب من عناصر مضمون البرنامج.

المرحلة الثالثة:

مرحلة تقييم نتائج برنامج التدخل، والتعرف على عائد التدخل المهني وتضمنت التالي:

١- التحليل الكمي للتعرف على الفروق بين نتائج القياس القبلي/ البعدي وذلك بإعادة تطبيق كل من:

- مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري.
- دليل الملاحظة للالتزام بالإجراءات العلاجية.

٢- التحليل الكيفي لمحتوى كل من:

- المقابلات الفردية مع الطفلة والأم.
- المقابلات الجماعية في الاجتماعات مع الأطفال والأمهات.
- مضمون برنامج التدخل من حيث: تأثير المعلومات الكافية عن المرض للتعامل مع الانفعالات لمواجهة المرض - العلاقة بين الدواء والغذاء والتمارين البدنية - المهارات التي اكتسبتها الطفلة في التعامل مع المواقف الطارئة - مشاركة الأسرة في مسؤوليات العلاج - التدعيم الاجتماعي للطفلة والأهداف التي تحققت.

ثالثاً: آليات برنامج التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً

المقابلة الجماعية (١)

يوم الخميس الموافق ٢١ /١٢/١٤٢٤هـ

نوع المقابلة: جماعية ومشتركة بين الأطفال والأمهات.

مكان الاجتماع: صالة انتظار بقسم الأطفال في مستشفى قوى الأمن.

أهدافها:

١- تدعيم العلاقة المهنية مع الأطفال والأمهات.

٢- التعرف على استجابات الأطفال وأمهاتهن بصورة عامة نحو المرض.

٣- تحديد احتياجات وسلوكيات الأطفال الفردية الخاصة بمهام العلاج.

٤- توضيح أهداف البرنامج.

الوسائل المستخدمة فيها:

- عرض محتويات البرنامج في المقابلات الجماعية.

- تقديم وجبة خفيفة للأطفال.

- تقديم نوعية من الشوكولاته الخاصة بالحمية.

- تكليف كل طفلة بعمل واجب منزلي، تسجل فيه عدد الحبات المتناولة من الشوكولاته خلال الأسبوع.

التسجيل لمحتواها:

هدفت الباحثة بأن تكون المقابلة الأولى مشتركة بين الأطفال (الإناث) وأمهاتهن، لتدعيم العلاقة المهنية معهن، وللتخفيف من حدة الشعور بالقلق والتوتر المصاحب للقاء الأول، ولتكوين الألفة بين الأطفال والأمهات بما يساعد ويشجع على المشاركة في المقابلات المقبلة.

وقد بدأت المقابلة بالترحيب بالأمهات وبالأطفال وتعريفهن بنفسها، ثم قامت الباحثة بمشاركة الجميع في توزيع مقاعد الجلوس بشكل يسمح بالتفاعل بينهن، وطلبت من كل طفلة أن تقدم نفسها للمجموعة وكذلك من كل أم. ثم قدمت الضيافة للمجموعة بمشاركة الأطفال والأمهات في التقديم والتوزيع في جو يسوده الألفة والقبول والتدعيم والشعور بالراحة النفسية.

ثم فتحت باب المناقشة للتعبير عن أفكارهن ومشاعرهن نحو المرض، وتضمنت المناقشة التعرف على الأعراض المرضية قبل التشخيص، والمشاعر المصاحبة بعد التأكد من الإصابة بالمرض، وكذلك المشاعر نحو المتطلبات اليومية للعلاج. عن طريق تشجيعهن على إبداء آرائهن والتعبير عن انفعالاتهن دون خجل أو تردد.

وأوضحت الباحثة أن معظم هذه الاستجابات طبيعية ويمكن التعامل معها والسيطرة عليها من خلال الفهم والاستجابة المناسبة عند حدوثها وتجنب مواقف استثارتها مع التأكيد على مشاركة الأسرة لمسؤوليات العلاج.

وقد لاحظت الباحثة أن مشاعر التردد والخجل انتابت بعض الأطفال، فركزت عليهم لمساعدتهم على الاستمرار في الحديث، كما استغلت التفاعل بين آراء الأطفال والأمهات في توضيح أهداف البرنامج، لتقبل نظام العلاج والتعود عليه، ليصبح أسلوباً يمارس يومياً. كما عرضت الباحثة محتويات البرنامج، وأنه سيتضمن جوانب تعليمية، ترتبط بطبيعة المرض وأساليب علاجه من حيث الدواء والغذاء والرياضة والتحكم فيه، وكيفية التعامل مع الضغوط النفسية المرتبطة بأساليب العلاج، وكيفية مواجهة وحل المشاكل المرتبطة بنظام العلاج والالتزام به، ومشاركة الأسرة والمدرسة في تنفيذ مهام العلاج.

وتم الاتفاق على أن يبدأ البرنامج بتعليم الجوانب الطبية الخاصة بمهام العلاج واستغلت الباحثة هذا الموقف بالتوضيح العملي لنوع الحلوى المقدمة في الضيافة.

وأوضحت السعرات الحرارية فيه ومكان بيعه وكم حبة من المفتـرض أن تؤكـل خلال اليوم. وأعطت كل طفلة كيساً يحتوي على (١٢) حبة كتشجيع وتعويـد على تعلم السعرات الحرارية والضبط الذاتي في تناول الكمية المطلوبة، وطلبت من كل طفلة أن تسجل عدد الحبات التي ستتناولها خلال الأيام المقبلة وتركت حريـة الاختيار مفتوحة لهم خلال الأسبوع.

كما تم الاتفاق على تنفيذ المقابلات القادمة، بواقع اجتماع أسبوعي للأطفـال مدته ساعتان، يتبعه اجتماع مع الأمهات مدته ساعة. كما حدد يوم الخميس مـن كل أسبوع من الساعة التاسعة صباحاً حتى الساعة الثانية عشر ظهراً وفي المكـان نفسه " قاعة انتظار".

وانتهى الاجتماع بتقديم الشكر للأمهـات والأطفـال علـى اسـتجابتهن وحضورهن ومشاركتهن، وتم التنبيه على حضور موعد الاجتمـاع القـادم مـع إحضار سجل التحاليل الخاص بتسجيل نتائج نسبة السكر في الدم، وإحضار الورقة التي دون فيها عدد تناول حبات (الشوكولاته) خلال الأسبوع.

المقابلة الجماعية (٢)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٤/١٢/٢٨هـ

أهدافها: اكتساب المعلومات المرتبطة بالمرض من حيث:

- التعرف على وظائف أعضاء الجسم وخاصة وظيفة البنكرياس.
- التعرف على أسباب الإصابة بالمرض.
- التعرف على أهمية الأنسولين في إنتاج الطاقة لجسم الإنسان.

الوسائل المستخدمة فيها:

- تقديم لوحة توضيحية لأجهزة جسم الإنسان.
- تقديم مذكرة إرشادية لوظائف الأعضاء.

- تقديم معلومات عن الجانب الطبي عن طريق الشرح والتوضيح.
- تزويدهم بكتيب مناسب للموضوع، ومدعم بالصور والتمارين لتثبيت تلك المعلومات. *
- زيادة التفاعل والمشاركة بين الأعضاء في تبادل المعلومات وتثبيتها.
- تقديم وجبة خفيفة للالتزام بعادة السلوك الغذائي للوجبة الخفيفة المحـــددة في موعدها.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء، ناقشت الباحثة معهم الواجب المـــترلي المطلـــوب في الاجتماع السابق المتضمن عدد حبات الحلوى المتناولة خلال الأسبوع، وقد اتضح وجود فروق في عدد الأيام التي استهلكها الأطفال لكيس الحلـــوى، وشـــجعتهم الباحثة على قدرتهم للتحكم، بالرغم من أنها مفضلة لدى الأطفال ومخصصة لمرضى السكري، وبعد ذلك دارت المناقشة عن تكوين أعضاء جسم الإنسان ووظيفة كل عضو، واستخدم للتوضيح عرض وسيلة إيضاحية لأعضاء الجسم، شـــارك فيهـــا الأعضاء لاختيار مكان لتعليقها، واستخدمت في شرح توضيح وظيفة البنكريـــاس في إنتاج الأنسولين الذي يساعد على حرق السكر أثناء عملية هضم المواد الغذائية المتناولة في الأكل، سواء من الخبز أم الأرز أم الخضار أم الفواكه.

*** تعرف على السكري، ترجمة وإعداد / رغد السعد، مستشفى الملك فيصل التخصصي ١٤٢٠هـــ.**

- ثم تمت مناقشة تأثير نقص الأنسولين بسبب تعطل البنكريـــاس عـــن إنتـــاج الأنسولين، وما ينتج عنه من تراكم السكر بسبب عدم حرقه، حيث يظهـــر في البول ويحدث ما يسمى مرض السكري.

- وطرحت الباحثة سؤالاً للأعضاء عن سبب الإصابة بتعطل البنكرياس وحدوث مرض السكري. وقد ورد في إجاباتهن بعض الأفكار الخاطئة عن أسباب الإصابة (كان من الممكن منع حدوثه - تناول الحلوى بكثرة - كنت شقية - تمنيت المرض لتهتم بي أسرتي..إلخ).عدلت هذه الأفكار الخاطئة عن طريق توضيح السبب بأنه مرضي نتيجة لتعطل خلايا بيتا في البنكرياس التي تنتج الأنسولين، و أن الله ما أنزل من داء إلا وله دواء. والدواء الحمد لله متوافر وهو حقن الأنسولين.
- شرحت الباحثة أهمية الأنسولين في مساعدة الجسم للحصول على الطاقة التي تمد الفرد بالنشاط والحركة واللعب، وشجعت الأعضاء على الاستمرار والانتظام في أخذ حقن الأنسولين، مع مشاركة الأسرة في تنفيذ مسؤوليات العلاج، من حيث الأكل والتقيد بسلوك الغذاء الصحي، وأوضحت لهم أهمية الاستمرار في أخذ حقن الأنسولين، لأن البنكرياس لا يستطيع إنتاج الأنسولين، كما أن الجسم لا يستطيع عن طريق حقن الأنسولين أن يفرز كمية لا زائدة ولا ناقصة من الأنسولين، ولذلك يحدد الطبيب الجرعة المناسبة على حسب العمر والوزن والغذاء والحركة.
- تعرضت الباحثة أثناء استعراض المعلومات السابقة لمناقشة مشاعر الأعضاء نحو أخذ حقنة الأنسولين، وما يرتبط بها من مشاعر الخوف من الحقنة نفسها، أو الألم من الوخز، وأوضحت أن هذه المشاعر طبيعية، وأغلب الناس يخافون من الإبر، ولكن بالاستمرار سيذهب الخوف وتصبح عادية، ولا بد من الالتزام بأخذها، لأنها تساعد الجسم على الحركة والنشاط.

- راعت الباحثة موعد تناول الوجبة الخفيفة، فوزعت على الأعضاء الوجبة، وطلبت منهم تناولها، واعتبرت الباحثة هذا كتدريب على اكتساب عادة السلوك نحو الالتزام بمواعيد الوجبات، والتقيد بأسلوب العلاج.
- وزعت الباحثة مذكرة صغيرة، تحتوي على المعلومات الطبية مدعمة بالصور وبتمارين لتثبيت المعلومات، وطلبت منهن حل التمارين في المنزل مع تلوين الصور.
- انتهى الاجتماع بالاتفاق مع الأطفال على حل التمارين في المذكرة، وتسجيل المشاعر التي يحسون بها قبل أخذ حقن الأنسولين، لتقديمها خلال الأسبوع المقبل.

المقابلة الجماعية (٣)

يوم الخميس الموافق ٦/١/١٤٢٥هـ

أهدافها:

١- اكتساب المعلومات المرتبطة بالمسؤوليات اليومية للعلاج من حيث:

التعرف على أنواع الأنسولين، مدى فاعلية كل نوع، كيف يتم إعداد حقنة الأنسولين أين يتم تخزين الأنسولين، مدة صلاحية الأنسولين.

٢- التدريب على اكتساب السلوك في العلاج الذاتي من حيث:

- التعرف على الخطوات الإجرائية لأخذ حقن الأنسولين.
- التأكد من الجرعة الصحيحة من الأنسولين.
- التعرف على الأماكن التي يتم فيها الحقن بحقن الأنسولين.
- المواظبة على إجراء التحاليل والاهتمام بتسجيل النتائج في سجلها الخاص.

الوسائل المستخدمة فيها:

- مذكرة تعليمية مزودة بالصور والتمارين لتثبيت المعلومات.
- شريط فيديو لتعلم سلوكيات العلاج من مكتبة مستشفى الملك فيصل التخصصي*.

Adrian,Barnes,(1982) MRCP. Video series-diabetes, member ship*

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء تم الاطلاع على تسجيلاتهم التي تضمنت مشاعر متعددة عن خوفهم من حقنة الأنسولين عند أخذها خلال الأسبوع، وقد شجعتهم الباحثة على إبعاد مشاعر الخوف لدى معظم الأعضاء، كما أثنت على طريقة حلهن للواجب المنزلي وابتكارهن في اختيار الألوان وشجعتهن على حماسهن ورغبتهن في تعلم مهارات الاعتماد على النفس. ثم دارت المناقشة حول أنواع الأنسولين التي يستخدمنها، وعن الكمية المحددة في كل جرعة، وقد تباينت الاستجابات بينهن، فوضحت الباحثة أن سبب الفروق في الكمية المحددة للجرعة يكمن في: (الوزن والعمر ونوعية الغذاء ونوعية الحركة والنشاط). وطرحت الباحثة مجموعة من الأسئلة عليهن تضمنت عملية استخدم النوعين من الأنسولين، وتأثير كل نوع في الجسم، والمدى الزمني لمفعول كل منهما؟ فغلب عليهن السكوت لعدم المعرفة. فشرحت لهن استخدام الأنسولين السريع المفعول لخفض السكر بعد تناول الوجبة، ولذلك يعطى قبل تناول الوجبة بنصف ساعة ويخلط مع الأنسولين بطيء المفعول على حسب النسب المقررة من الطبيب، أما الأنسولين بطيء المفعول فيستخدم لمحافظة الجسم على عملياته الحيوية على مدى ٢٤ ساعة، ولذلك يتم مزج النوعين من الأنسولين على حسب النسب المقررة من الطبيب، وبالنسبة للمدى الزمني لمفعول كل منهما كما عرضت الباحثة شكلاً يوضح نوع الأنسولين والمدى الزمني لمفعوله، كما هو في الشكل التالي:

نوع الأنسولين	يبدأ مفعوله	ينتهي مفعوله	أقصى تأثيره
سريع المفعول وغالبا يستخدم في المستشفى	بعد نصف ساعة من الحقن	بعد ٦ ساعات	بعد ٢-٣ ساعات
متوسط المفعول	بعد ساعتين	١٢- ١٨ ساعة	٤-٦ ساعات
طويل المفعول	بعد ٤ ساعات	١٦-٢٤ ساعة	٨-١٢ساعة

- كما عرضت الباحثة معلومات عن الحقن بالأنسولين عندما تكون نسبة السكر في الدم بأحد النسب في الشكل التالي:

نسبة السكر في الدم عند التحليل	يتم تناول الأنسولين قبل أو بعد الوجبة
أقل من ٥٠ ملجم/دسل	بعد تناول الوجبة
من ٥٠-٧٥ ملجم/دسل	عند تناول الوجبة
٧٦-١٢٠ ملجم/دسل	قبل الوجبة بخمس عشرة دقيقة
١٢١-١٨٠ ملجم/دسل	قبل الوجبة بثلاثين دقيقة
أكثر من ١٨٠ملجم/دسل	قبل الوجبة بخمس وأربعين دقيقة

وشرحت للأعضاء أنه في حالة انخفاض نسبة السكر في الدم نتناول الأنسولين سريع المفعول أو بطيء المفعول بعد الوجبة، وذلك لمساعدة الجسم على الاستفادة من السكر الذي يمدنا بالنشاط والحركة، ووضحت أن سبب الانخفاض يعود لعدم تناول الوجبة الصحيحة أو التأخر في تناولها، بعد مفعول الأنسولين أو زيادة المجهود من خلال اللعب الذي تسبب في حرق السكر، وشجعت الأعضاء على الحرص والاهتمام بنوع الغذاء، وأوقات تناوله، وعدم التأخر في أكل الوجبات، أو النسيان أثناء اللعب.

- قامت الباحثة بعرض شريط فيديو، يعلم طريقة إعداد وأخذ جرعة الأنسولين، لاكتساب المهارة في ذلك من حيث (مسح الغطاء بمسحة طبية، ورج الأنسولين قبل سحبه، وطريقة سحبه، وأي نوع يتم سحبه أولاً، ومعرفة صلاحية الأنسولين، وطريقة تخزينه، والأماكن التي يتم فيها الحقن في الجسم).

- بعد الانتهاء من مشاهدة الشريط، دارت المناقشة حول أوجه التشابه والاختلاف في أساليب الأعضاء لتنفيذ الإجراءات السابقة، ودعمت الباحثة الأعضاء اللاتي تشابه سلوكهن مع ما شاهدنه، وشجعت الأخريات على الاقتداء بالسلوك المشاهد في العرض، كما تضمنت المناقشة مجموعة من الجوانب منها: الاهتمام بتغيير أماكن الحقن، وحثتهن على مشاركة الأم في إعداد جرعة

الأنسولين، والتأكد من الكمية المحددة لكل نوع، كما شجعتهن على الاعتماد على أنفسهن في أخذ حقنة الأنسولين، والابتعاد عن الخجل أثناء موعد الجرعة عنـــدما يكن في المدرسة، أو في مناسبة اجتماعية. وأهمية التأكد من صلاحية الأنـــسولين، وطريقة حفظه، كما شجعتهن على ممارستهن السليمة في حفظ الأنسولين، وعلى أسلوبهن الجيد في مراعاة الجرعة المحددة من الأنسولين تحت إشراف (الأم).

- راعت الباحثة موعد الوجبة الخفيفة، فوزعت عليهن الوجبـــات الخفيفـــة، وطلبت منهن تناولها، بهدف التعود على السلوك والالتـــزام بمواعيـــد الوجبـــات للمحافظة على نمو الأطفال.

- وفي نهاية الاجتماع، وزعت الباحثة على الأعـــضاء نـــشرات مدعمـــة بالـــصور والمعلومات، وطلبت منهن حل التمارين وتلوين الصور وإحضارها في موعد المقابلة القادمة.

المقابلة الجماعية (٤)

يوم الخميس الموافق ١٣/١/١٤٢٥هـ

أهدافها:

١- اكتساب السلوكيات المرتبطة بإجراءات التحاليل من حيث:

- القياس المنتظم للسكري والكيتون.
- طريقة إجراءات تحاليل البول، والوقت الذي يتم فيه التحليل.
- خطوات تحليل الدم لمعرفة نسبة السكر بالدم.
- تدوين نتيجة التحليل في السجل الخاص بقراءة النتائج.

٢- التدريب على حل المشكلة في حالة:

- ظهور الكيتونات في تحليل البول.
- ما هي الخطوات المتبعة لمواجهتها؟

الوسائل المستخدمة فيها:

- شريط فيديو يعلم خطوات التحليل لقياسات نسبة السكر بالدم. *

- مذكرة تعليمية مزودة بالصور والتمارين لتثبيت المعلومات.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء طلبت الباحثة مشاهدة الواجبات المترلية، وشجعتهن على حل التمارين وطريقة التلوين، كما شجعتهن على التعبير عن مشاعرهن نحو مهام العلاج. للتعرف على مدى استفادهن من المعلومات السابقة، وأنواع السلوك الذي تم اكتسابه بالاعتماد على النفس، مع إتاحة الفرصة لكل واحدة منهن بالتحدث عن نفسها، وطلبت الباحثة مشاهدة سجلات نتائج التحليل الخاصة بتسجيل نسبة السكر في الدم.

من خلال الاطلاع على السجلات لاحظت الباحثة عدم الانتظام في تدوين النتائج في السجل الخاص لكل طفلة،كما لاحظت من بعض النتائج المدونة وجود ارتفاع وانخفاض في نسبة السكر بالدم، مما يشير إلى عدم القدرة على ضبط نسبة السكر بالدم، وتمت مناقشة كل طفلة على حدة، حول ضبط نسبة السكر إلى المستوى القريب من الطبيعي. واتفق مع الأعضاء على مقابلة مشتركة مع الأم بعد نهاية الاجتماع، لمناقشة العوامل المؤثرة في ضبط نسبة السكر في الدم.

- عرضت الباحثة شريط فيديو يعلم مهارة السلوك في إجراء التحاليل المطلوبة، وتضمن محتوى الشريط الخطوات الأساسية عند إجراء التحليل، من حيث النظافة (غسل اليدين قبل التحليل، ولبس القفاز أثناء تحليل البول) قراءة الشريط الخاص بنتيجة تحليل البول.....

* **Ruby& Marilynlees, Glucose Monitoring, Health Siences Consortium**

- دارت المناقشة حول أوجه التشابه، والاختلاف في السلوك المشاهد، والإجراءات التي تتبعها كل طفلة، وقد اتضح للأعضاء جوانب القصور في بعض الإجراءات، وشجعتهن الباحثة على تلافي هذا القصور والاقتداء بما شاهدناه والاستمرار في ممارسته، وأكدت أهمية ملاحظة الشريط الخاص بتحليل البول، من

حيث دلالته في الألوان للتعرف على وجود الكيتونات أو عدمها في البول، كما أكدت الباحثة على الأعضاء بالتقيد في الأوقات التي يتم فيها تحليل البول صباحاً، وعند الشعور بعلامات الارتفاع الحاد لنسبة السكر بالدم. وتمت مناقشة نتيجة التحاليل عندما يتغير لون الشريط للزهري أو البنفسجي ماذا يكون؟ وماذا نفعل؟ فأوضحت الباحثة أن أهمية تحليل البول في الصباح الباكر قبل تناول الإفطار، وذلك للكشف عن وجود كيتونات، وفي حالة تغير لون الشريط يجب إخبار (الأم)، وشرب سوائل كثيرة لا تحتوي على سكريات. وشرحت الباحثة أن التحليل للبول لا يتم فقط عند الصباح وإنما لا سمح الله عندما يكون الطفل مريضاً إما بزكام أو بأي مرض آخر، أو عندما تكون نتيجة تحليل الدم أكثر من ٢٤٠ ملجم / دسل يجب إجراء التحليل.

- راعت الباحثة موعد تناول الوجبة الخفيفة، فوزعت على الأعضاء وجباتهن المعدة من قبل مركز الحمية وطلبت منهن تناولها، وبعد الانتهاء من الوجبة شرحت الباحثة متى تظهر الكيتونات ؟ وما هي أضرارها ؟ وأعراضها الجانبية فقالت إنها:(تظهر عندما يقل الأنسولين، فعندما تجوع الخلايا يستخدم الجسم الدهون لإنتاج الطاقة عوضاً عن السكر، فتظهر الكيتونات في البول، وتضر الجسم حيث تسبب نقص الوزن، وتظهر أعراضها في صورة تقيؤ ونعاس، وعدم قدرة على التنفس) وأوضحت الباحثة أن إجراء التحاليل بصورة منتظمة يوضح نسبة السكر في الدم حتى نستطيع الموازنة بين الطعام والحركة والأنسولين، لأن علاج مرض السكري هو السيطرة على نسبة السكر في الدم بالمستوى القريب من النسبة الطبيعية، ثم وزعت عليهن نشرات تعليمية توضح أساليب إجراءات التحاليل، وطلبت منهن حل التمارين وإحضارها في موعد المقابلة القادمة.

المقابلة الجماعية (٥)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/١/٢٠هـ

أهدافها:

- التعرف على أهمية التوازن بين الطعام والأنسولين.
- التعرف على أسباب وأعراض الارتفاع الحاد في نسبة السكر بالدم.
- التعرف على أسباب وأعراض الانخفاض الحاد في نسبة السكر بالدم.
- تعلم أسلوب حل المشكلة في حالة التعرض لأي من المضاعفات السابق.

الوسائل المستخدمة فيها:

- مذكرة تعليمية مزودة بالصور والتمارين لتثبيت المعلومات.
- نشرات تثقيفية عن الوقاية من التعرض للمضاعفات الحادة.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء، والاطمئنان عليهن ومناقشتهن في مشاعرهن نحو سلوكياتهن الجديدة في مهام العلاج، والتعرف على استجاباتهن في إجراءات التحاليل، ومدى التزامهن بما تلقينه في المقابلات الماضية، ومدى الاستفادة من المادة العلمية المقدمة لهن في شرائط الفيديو، **تمت مناقشة التالي:**

أسباب ارتفاع نسبة السكر بالدم، علامات ارتفاع السكر بالدم، كيفية التعامل مع ظهور الكيتونات في البول. وقد استجاب الأعضاء للإجابة عن الأسئلة، **ولخصت إجابتهن في المعلومات التالية:**

- يؤدي نقص الأنسولين إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، بسبب عدم قدرة السكر على الدخول إلى الخلية، ولذلك تستخدم خلايا الجسم الدهون كمصدر للطاقة بدلاً من السكر مما ينتج عنه تكون الأحماض الدهنية (الكيتونات) التي تزداد نسبتها في الدم. فإذا كانت نتيجة القياس تشير إلى ارتفاع في نسبة السكر بالدم، فقد يشير هذا إلى وجود كيتونات، وفي هذه الحالة ماذا نفعل؟ تفاعل الأعضاء في الإجابة وتباينت استجاباتهن، فوضحت الباحثة أن هرمون الأنسولين الذي يؤخذ

عن طريق الحقنة يعمل على تنظيم حرق السكر، والاضطراب في عملية تنظيم السكر والدهون، يؤدي إلى حدوث مضاعفات صحية، وتحدث هذه المضاعفات بسبب عدم التوازن بين جرعة الأنسولين وكمية الغذاء وممارسة الرياضة، أو بسبب الإصابة بأمراض أخرى.

ناقشت الباحثة مع الأعضاء أسباب الارتفاع التي تكمن في الإسراف في تناول الطعام وتناول الحلويات، وشرب المشروبات الغازية، أو العصائر المحتوية على السكريات، وعدم الانتظام في تناول العلاج (الأنسولين)، وأثناء المرض، والتعرض للانفعال، وعدم القيام بممارسة التمارين البدنية، وأكدت أهمية انتظام العلاج، و أهمية الغذاء الصحي والابتعاد عن الأطعمة الممنوعة، كما أكدت الباحثة أهمية تسجيل النتائج بعد قراءتها من الجهاز الخاص بتحليل نسبة السكر في الدم، ليطلع عليها الطبيب، ولمعرفة النسب التي يصل إليها مستوى السكر في الدم.

ثم ناقشت الباحثة مع الأعضاء أساليب العلاج الذاتي، وحل المشكلة عندما تكون نسبة السكر في الدم أعلى من ٢٤٠ملجم/دسل٠ من حيث: التعرف أولاً: على نتيجة تحليل البول فإذا كانت النتيجة بدون ظهور كيتونات، يجب مزاولة الرياضة، لأنها ستساعد على تحسن انخفاض السكر، أو أخذ جرعة إضافية حسب الكمية المقررة من الطبيب. أما إذا كانت نتيجة تحليل البول تحتوي على كيتونات، فيجب عدم مزاولة الرياضة، لأنها قد تساعد في إنتاج كيتونات أكثر، وستشعر المريضة بالتعب والمرض، ويجب إخبار الأم عن نتيجة التحليل مع شرب سوائل كثيرة غير محلاة، والابتعاد عن كثرة تناول الحلويات، وأكدت الباحثة أهمية الانتظام في تناول العلاج وفي تناول الوجبات الغذائية، ودعمت الاستجابات الإيجابية للأعضاء من خلال التفاعل، ثم طلبت منهن توضيح الأعراض التي تحدث لهن أثناء ارتفاع نسبة السكر، فتمثلت في: العطش، كثرة التبول، صداع وعدم

القدرة على التفكير، ألم في المعدة، ضعف عام، وناقشتهن في حالة حدوث هذه الأعراض ماذا يجب فعله.

ثم تمت مناقشة أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم، فتمثلت في الجوع الشديد، التعرق صعوبة الرؤية، الرجفة، الدوخة، الصداع، الكسل..إلخ. ثم تطرقت الباحثة لأسباب الانخفاض التي تكمن في: عدم تناول الوجبات كاملة، التأخر في تناول الوجبات، اللعب الكثير، ونسيان الوجبات الخفيفة، تناول جرعة زائدة من الأنسولين. عرضت الباحثة أسلوب حل مشكلة التعرض للانخفاض الحاد لنسبة السكر في الدم، وذلك باستخدام أساليب العلاج الذاتي، وتمثلت هذه الأساليب في: تناول ٢/١ كوب من العصير المحلى بالسكر، أو ملعقة طعام من العسل أو المربى أو ثلاث حبات من التمر، أو الزبيب، أو قطعة سكر، وبعد مضي ١٠- ١٥ دقيقة وإذا تتحسن نسبة السكر يتم تناول كمية من الكربوهيدرات مثل: (ساندوتش بالجبنة).

راعت الباحثة موعد تناول الوجبة الخفيفة، فتركت للأعضاء وقتاً لتناولها، وبعد الانتهاء من تناول الوجبة الخفيفة، استكملت الجلسة بتوزيع نشرات تثقيفية عن أساليب العلاج الذاتي عند التعرض للمضاعفات الحادة، سواء في حالة الارتفاع أم الانخفاض في نسبة السكر في الدم.

وأوضحت الباحثة أهمية التوازن بين كمية الأنسولين والطعام، وشرحت العلاقة بين الطعام والأنسولين والرياضة.

وقد أخذت الباحثة وزن وطول كل طفلة ومقدار الجرعة المتناولة خلال اليوم، وذلك لإعداد وجبات يوم كامل لكل طفلة تقدم لها في المقابلة القادمة.

وفي نهاية الاجتماع، تم الاتفاق على تجنب العوامل التي تسبب المضاعفات، وحل التمارين المرفقة في المذكرة، وقراءة المعلومات المدونة في المنشورات والاقتداء بها.

المقابلة الجماعية (٦)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/١/٢٧هـ

أهدافها:

١- التعرف على الخطة الغذائية الجيدة من حيث:

- فائدة الغذاء الصحي للجسم.
- مكونات الغذاء الصحي.
- توزيع الوجبات خلال اليوم.

٢- اكتساب عادات سلوكية من حيث:

- التنوع باختيار الغذاء الصحي.
- اتباع النظام الصحي.

الوسائل المستخدمة فيها:

- وجبات نموذجية ليوم كامل من إعداد مركز الحمية.
- نشرات تعليمية عن تغذية الأطفال مرضى السكري.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب والاطمئنان على الأعضاء، تم الاطلاع على السجلات الخاصة بنتائج التحليل، ومناقشة مشاعرهن نحو سلوكيات العلاج، والتعرف على طرق أساليبهن في مواجهة المضاعفات، ومراجعة حل التمارين السابقة، كما قامت الباحثة بتوزيع الوجبات المخصصة لكل طفلة، **والمحتوية على التالي:**

- عدد الوجبات الرئيسة (ثلاث) عدد الوجبات الخفيفة (ثلاث).
- الوجبة الرئيسة للإفطار الساعة (٦) صباحاً محتويات الوجبة:(علبة حليب قليل الدسم + مناقيش جبنة + حبة فاكهة).
- الوجبة الخفيفة الساعة(١١) صباحاً محتويات الوجبة: (كاب كيك).

- الوجبة الرئيسة للغذاء الساعة (١- ٢) ظهراً محتويات الوجبة: (هامبرغر+ بطاطا + سلطة + حبة فاكهة + لبن قليل الدسم).
- الوجبة الخفيفة الساعة (٥) عصراً محتويات الوجبة (اكلير).
- الوجبة الرئيسة للعشاء الساعة (٧- ٨) مساءً محتويات الوجبة (كلوب ساندويتش خبز أسمر + سلطة خضراء + حبة فاكهة).
- الوجبة الخفيفة قبل النوم محتوياتها (كرواسان جبنة + لبن).
- بعد التعرف على محتويات الوجبات الغذائية، قرأت الباحثة الآية الكريمة قال تعالى: ﴿يَٰبَنِيٓ ءَادَمَ خُذُواْ زِينَتَكُمۡ عِندَ كُلِّ مَسۡجِدٖ وَكُلُواْ وَٱشۡرَبُواْ وَلَا تُسۡرِفُوٓاْۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلۡمُسۡرِفِينَ﴾ الأعراف آية (٣١). وشرحت لهم معنى الآية الكريمة، ووضحت أهمية الاعتدال والقسط في الأكل والشرب، وبينت مضار الإسراف في الأكل والشرب على الجسم. ثم تمت **مناقشة الجوانب التالية:**
- توضيح أهمية الغذاء الصحي في نمو الجسم، والحصول على الطاقة اللازمة في النشاط والحركة، والوقاية من الأمراض.
- لا يوجد فرق بين نوع غذاء الطفل المصاب بمرض السكري والطفل غير المصاب بمرض السكري، فالجميع يحتاج إلى جميع أنواع الأطعمة الغذائية، وبنفس الكمية من السعرات الحرارية، التي تساعد على نمو الجسم، وإنما يكمن الفرق بينهما في تنظيم وقت الطعام وتوزيع الوجبات الرئيسة (الفطور، الغذاء، العشاء) والوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسة، وذلك لأن البنكرياس لا يفرز الأنسولين، الذي يساعد على حرق السكر، والطفل المصاب بمرض السكري يأخذ الأنسولين عن طريق الحقن التي تحتاج إلى نظام غذائي متوازن، ليتفاعل مع الدواء، ويعطي الجسم القدرة على النمو السليم.

- طرحت الباحثة سؤالاً عن مكونات الغذاء الصحي، فتباينت الاستجابات من خلال تفاعلهن، وعندئذ طلبت الباحثة منهن التعرف على مكونات الوجبات المقدمة لهن، وتمت مناقشة محتويات الوجبات من حيث: السعرات الحرارية المطلوب تناولها خلال اليوم، استناداً إلى الوزن وعلى الجرعة المحددة من الأنسولين، وأكدت على تناول الوجبات بانتظام، وعدم إهمال أو تأخير أية وجبة من الوجبات، سواء الرئيسة أم الخفيفة.
- واتفق في نهاية الاجتماع على أن تستكمل الخطة الغذائية الجيدة في الأسبوع القادم، من حيث المجموعات الغذائية ومحتوياتها وكيفية اختيار البدائل الغذائية.

المقابلة الجماعية (٧)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٢/٤هـ

أهدافها:

- استكمال الخطة الغذائية الجيدة من حيث:
- التعرف على قائمة البدائل الغذائية.
- تعلم المهارة في إعداد الخطة الغذائية من حيث:
- اختيار البدائل الغذائية في الوجبات اليومية.
- توزيع الوجبات أثناء اليوم.
- التعرف على السعرات الحرارية التي تحويها كل مجموعة من مجموعات الغذاء.
- اتباع النظام الصحي، والتوازن بين الغذاء وجرعة الأنسولين والنشاط البدني.

الوسائل المستخدمة فيها:

- وجبات نموذجية ليوم كامل من إعداد مركز الحمية.
- نشرات تعليمية عن تغذية الأطفال مرضى السكري.
- وسيلة إيضاحية عن البدائل الغذائية ومجموعات الغذاء.
- وسيلة إيضاحية عن الهرم الغذائي.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء، والاطمئنان عن صحتهن، والاطلاع على سجلاتهن الخاصة وواجباتهن المترلية المطلوب حلها، ومناقشة الخطة الغذائية التي أعدتها كل طفلة على حدة. من خلال تسجيل موعد تناول الوجبات، ومحتوى كل وجبة، تم تشجيع الملتزمات منهن في الاهتمام بمواعيد تناول الوجبات، واختيارهن لنوعية الغذاء الصحي.

ثم عرضت الباحثة بعد ذلك وسيلة إيضاح تحتوي على قائمة بدائل الأغذية، وذلك بهدف التعرف على البدائل الغذائية، وتعلم أسلوب اختيار البدائل، وتوزيع الغذاء حسب السعرات الحرارية، حيث تضمنت الوسيلة مجموعات الأغذية المتمثلة في التالي:

- **مجموعة الحليب ومشتقاته** (كوب حليب قليل الدسم، كوب لبن قليل الدسم، كوب زبادي قليل الدسم).
- **مجموعة اللحوم وأنواعها** (لحم أحمر، أو دجاج مترو ع الجلد، أو سمك، أو جبن قليل الدسم، وكل ما سبق بمقدار ٣٠ جرام، أو بيضة واحدة، أو ٢ملعقة لبنة، أو ملعقة واحدة زبدة الفول السوداني).
- **مجموعة الفواكه وأنواعها** (حبة برتقالة، أو تفاحة، أو كمثرى متوسطة الحجم، أو موزة صغيرة، أو شريحة بطيخ، أو١٥ حبة عنب، أو ٢- ٣ حبات تمر).
- **مجموعة الخضار بأنواعها:** (الفاصولياء، الباميا، الكوسة، الطماطم، الخس، الخيار، الجزر..إلخ).
- **مجموعة النشويات وأنواعها:** (الخبز ربع رغيف، أو شريحة توست، أو صامولي، أو حبة بطاطا، أو نصف كوب كورن فليكس، أو نصف كوب فول، أو عدس، أو بازلاء).

- **مجموعة الدهون وأنواعها:** (الزيت، الزبدة، الزيتون، المكسرات) وقد تم التأكيد على الإكثار من الخضار الطازجة، حيث إنها تحتوي على سعرات حرارية قليلة، وتناول النشويات التي تحتوي على الألياف الغذائية، مثل: الخبز الأسمر، والقرصان، والبقوليات، وذلك لفائدتها في بطء امتصاص السكر إلى الدم، كما تم توضيح تأثير كل مجموعة، من حيث السعرات الحرارية على حرق السكر، فمجموعة الخبز والفواكه يسهل على الجسم تحويلها إلى سكر، في حين أن مجموعة اللحوم تبطء في التحول إلى سكر، أما مجموعة الحليب فتتحول بصورة أسرع من اللحوم وأقل من الخبز والفواكه، بينما مجموعة الخضار فلا تؤثر في نسبة السكر كثيراً، أما مجموعة الدهون فتؤثر بصورة سريعة في السكر، ويجب التقليل منها في إعداد الوجبات الرئيسة.

ثم عرضت الباحثة وسيلة إيضاحية للهرم الغذائي ومحتوياته الغذائية، وسعراتها الحرارية، بحيث تحتوي الخطة الغذائية على نسبة ٥٥% من الكربوهيدرات، و٣٠% من الدهون، و١٥% من البروتين خلال يوم كامل. وتوزع هذه النسب على الوجبات الرئيسة بنسب ٢٠% سعر حراري لوجبة الإفطار، ٢٠% سعر حراري لوجبة الغذاء ٣٠% سعر حراري لوجبة العشاء، وترك نسبة ١٠% لكل وجبة خفيفة، ليتعرف الأطفال على مكونات الخطة الغذائية واحتياجاتهم منها، كما وضحت الباحثة من خلال النموذج المعد من قبل مركز الحمية، محتويات كل وجبة من حيث السعرات الحرارية والبدائل الغذائية، ليتعرف الأعضاء على طريقة توزيع الوجبات ومحتوياتها الغذائية، وأكدت في أهمية الغذاء وحاجة الجسم له للنمو كما أكدت أهمية التوازن بين كمية الغذاء وجرعة الأنسولين وذلك لمساعدة الجسم على النشاط والحركة.حيث إن الانتظام في تناول الوجبات الغذائية والانتظام في أخذ حقن الأنسولين بعد تناول كل وجبة يمنع حدوث المضاعفات.

حرصت الباحثة على موعد تناول الوجبة الخفيفة، وأعطت الأعضاء وقتاً لتناولها، وبعد الانتهاء منها يتم استكمال مضمون الجلسة، وتغطية الجوانب المراد تعلمها واكتسابها، كما حرصت الباحثة على التفاعل بين الأعضاء واستغلال المواقف في شرح وتوضيح أهداف المقابلة.

وفي نهاية المقابلة طلبت الباحثة من الأعضاء أداء الواجب المنزلي، الذي يحتوي على معلومات وتمارين لحلها وإحضارها في موعد المقابلة القادمة، كما طلبت من الأعضاء إعداد خطة أسبوعية، تحتوي على مجموعات الغذاء، وموزعة حسب الوجبات، وتسجيل ما تم تناوله بالفعل، وتسجيل ما تم الخروج عنه من الخطة، من حيث تناول كمية إضافية من خلال الزيارات أو الحفلات، وإحضار سجل التحاليل للاطلاع على نسبة السكر خلال الأسبوع.

المقابلة الجماعية (٨)

يوم الخميس الموافق ١١/٢/١٤٢٥هـ

أهدافها:

١- اكتساب معلومات عن:

- أهمية الرياضة لصحة الجسم.
- الأوقات التي يتم فيها ممارسة الرياضة.
- أنواع الرياضة المناسبة للأعضاء.
- تأثير الرياضة في نسبة السكر.

٢- اكتساب مهارة السلوك من حيث:

- المهام المطلوبة قبل ممارسة الرياضة.
- الاحتياطات اللازمة عند ممارسة الرياضة.

الوسائل المستخدمة فيها:

- نشرات وملصقات تعليمية لأنواع الرياضة.

- الشرح والتوضيح والمناقشة عن فائدة الرياضة للجسم.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء والاطلاع على السجلات، ومراجعة الواجبات المترلية، ومناقشة الخطة الغذائية معهن، طرحت الباحثة سؤالاً عن فائدة الرياضة للجسم. تفاعل الأعضاء بالإجابة عن السؤال، **وتضمنت إجاباقمن العبارات التالية:**

- الرياضة تنشط الدورة الدموية.
- الرياضة تخفض نسبة السكر.
- الرياضة تساعد على إنقاص الوزن.

وبعد مناقشة فائدة الرياضة للجسم وصحة البدن، وضحت الباحثة أن أثر الرياضة لا يقتصر فقط في الصحة الجسمية، وإنما يفيد الصحة النفسية، لأنها تسبب استقراراً نفسياً واسترخاء، وتقضي على التوتر والقلق.

ثم طرحت الباحثة سؤالاً عن الأوقات التي تمارس فيها الرياضة في حالات مرضى السكري، وكيفية مزاولتها، فتباينت استجابة الأعضاء للسؤال. فتدخلت الباحثة بسؤال حول نسبة السكر، عندما تكون نتيجة التحليل أعلى من ٢٤٠ ملجم /دسل وأجري اختبار للبول فوجد على شريط التحايل إشارة تدل على وجود كيتونات فما الذي يتم فعله؟ هل تمارس الرياضة؟ تفاعل الأعضاء بالإجابة، واتفقت إجابتهن على عدم ممارسة الرياضة أثناء وجود كيتونات في البول.

ثم ناقشت الباحثة للأعضاء الاحتياطات الواجب اتخاذها قبل ممارسة الرياضة، وأكدت على الأعضاء ضرورة تناول كمية من الكربوهيدرات لا تزيد عن ٢٠جم قبل ممارسة الرياضة، حتى لا يحدث انخفاض في مستوى سكر الدم، **وتضمنت المناقشة الجوانب التالية: -**

- قياس نسبة السكر في الدم، لمعرفة وقت تناول الوجبة الخفيفة قبل أو أثناء أو بعد التمرين، حسب نتيجة القياس لنسبة السكر بالدم.
- توفير عصير، أو أقراص سكر، لمعالجة النقص المفاجئ لنسبة السكر بالدم.
- في حالة وجود أعراض للانخفاض أو الارتفاع، يجب عدم مزاولة الرياضة.

وفي نهاية الاجتماع، وزعت الوجبة الخفيفة على الأعضاء، وطلبت الباحثة منهن تسجيل أنواع الرياضة التي سيمارسنها فعلياً خلال الأسبوع المقبل، مع الاهتمام بتسجيل نتيجة التحليل قبل ممارسة الرياضة، ونوع الوجبة الخفيفة التي ستتناول أثناء الرياضة، أو قبل الرياضة، أو بعد الرياضة.

المقابلة الجماعية (٩)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٢/١٨هـ

أهدافها:

- التعرف على الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض.
- مساعدة الأعضاء على التعبير عن الضغوط النفسية الخاصة بإجراءات العلاج.
- مساعدة الأعضاء على مواجهة هذه الضغوط والتعامل معها.

الوسائل المستخدمة فيها:

- إتاحة الفرصة لكل عضو للتعبير عن مشاعرها نحو المرض، مع توضيح أنواع المخاوف المرتبطة بالمرض.
- المناقشة الجماعية نحو استجابات الأعضاء على أنها طبيعية.
- تعليمهن كيفية التعامل مع ضغوط العلاج.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء وتشجيعهن على التعبير عن مشاعرهن والاستماع الجيد لهن، والتعاطف معهن في جو تسوده الطمأنينة، مما يسمح بالتعبير عما

بداخلهن. فتحت المناقشة وتضمنت مجموعة من الاستجابات التي عبر الأعضاء عنها، وتدور جميعها حول:

- الغضب وسرعة الانفعال.
- الاستياء والملل من الإجراءات الروتينية للعلاج.

اتفقت استجابات الأعضاء على أن كثيراً من المشاعر التي عبروا عنها، يشتركن فيها مما شجعهن على المزيد من التعبير عن مشاعر الخوف من الإبرة، الخوف من الارتفاع والانخفاض الحاد، الخجل من أخذ الحقنة أمام الآخرين، صعوبة الانتظام والالتزام من قبل الطفلة نفسها بنوعية الغذاء المحددة من حيث: الملل والتذمر وتناول وجبات غير صحية بدون علم الأسرة..إلخ. إضافة إلى بعض الصعوبات من الأم بعدم الاهتمام بتنظيم الوجبات كتحديد وقت للوجبات، واختيار النوعية لوجبة صحية متكاملة العناصر الغذائية.

وبعد ذلك عبر الأعضاء بتشجيع من الباحثة عن أنواع أخرى من المشاعر، والتي تضمنت الخوف من النوم بمفردها في غرفة، واللجوء إلى النوم مع أحد أفراد الأسرة للشعور بالطمأنينة، والشعور في بعض الأوقات بالحزن والبكاء، وخاصة في بداية تشخيص المرض، وما زالت تحدث لهم من حين لآخر بدون سبب واضح. كما أضاف الأعضاء أنواعاً لاستجابات أخرى تحدث لهن في بعض المواقف، واتفق الجميع على حدوثها وهي: العصبية، وسرعة الانفعال لأتفه الأسباب، وترتبط هذه الاستجابات بمواقف تمثلت في:

- المناداة أثناء اللعب، لأخذ حقنة الأنسولين خصوصاً عند زيارة الأقارب.
- الإيقاظ من النوم لتناول الوجبة أو لإجراء تحليل الدم أو البول.
- طلب القيام ببعض الأعمال المترلية.
- التأخر في تلبية الطلبات المطلوبة.

- التشاجر مع الإخوة الأكبر أو الأصغر سناً وقد تصل إلى الضرب والصراخ.

إضافة إلى وجود بعض الاستجابات عند بعض الأطفال، كالاعتماد على الأم ومحاولة الاستحواذ على حبها، مما يثير غيرة الإخوة الآخرين والعدوان على الطفلة.

وقد استجابت الباحثة مع كل طفلة بإتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعرها والاستماع الجيد لها ووضحت لهن أن هذه الاستجابات طبيعية، وأن كلاً منهن تستطيع التعامل معها والتقليل من فترات حدوثها عن طريق تغيير بعض السلوكيات المؤدية لهذه المواقف، وخاصة فيما يتعلق بأهمية العلاج والالتزام به مثل: حقن الأنسولين، الغذاء، وأكدت الباحثة على تجنب المواقف التي تثير الانفعالات لتأثيرها في مستوى نسبة السكر.

وفي نهاية المقابلة اتفق على تسجيل المواقف التي تثير الانفعالات مثل: الغضب وسرعة النرفزة، مع تسجيل عدد مرات حدوثها أثناء الأسبوع، ومدى القدرة على تقليل عدد هذه المرات بسجل خاص، مع إيجاد المنافسة في مدى القدرة على التقليل من عدد مرات حدوث الانفعالات والتحكم فيها.

المقابلة الجماعية (١٠)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٢/٢٥هـ

أهدافها:

- التعرف على الأفكار الخاطئة التي تؤثر في التوافق مع المرض.
- تعديل الأفكار الخاطئة نحو الالتزام بالعلاج.

الأساليب المستخدمة فيها:

المناقشة الجماعية للأفكار الخاطئة التي تؤثر في التوافق مع المرض، تشجيع الأطفال على التعبير عن مشاعرهن وأفكارهن، وذلك عن طريق الاستماع الجيد، ومناقشة أحاديثهن الذاتية تجاه تلك الأفكار.

التسجيل لمحتواها:

بدأت الجلسة بالترحيب بالأعضاء، ومراجعة الواجبات المترلية، وتقييمها بمشاركة الأعضاء ثم دار النقاش حول التعرف على الأفكار التي تؤثر في التوافق مع المرض، وقد تباينت استجابات الأعضاء حول أفكارهن عن المرض وعلاقتها بالتوافق **ويمكن تلخيصها في التالي:**

- الاعتقاد الخاطئ أن كل التجارب السيئة ترجع للإصابة بالمرض.
- الاعتقاد الخاطئ أن كل ما يحدث لهم في مواقف وما ينتج عنها من استجابات نفسية من لوم للنفس أو خجل أو حزن..إلخ. ترجع للإصابة بالمرض.
- كثير من الأطفال يربطون بين الأحداث السيئة والمواقف السلبية التي يتعرضون لها في حياقم اليومية، سواء في المترل أم المدرسة لأصابتهم بالمرض، وغالباً ما تكون مرتبطة بالشعور القوي بالمرارة تجاه المرض، وكل ما يتعلق به من إجراءات علاجية.
- الاعتقاد أن كل أو أغلب التجارب السيئة تعود لإصابتهن بالمرض، وغالباً ما تكون مصاحبة بمشاعر مريرة تجاه المرض وكل ما يتصل به.
- الاعتقاد أن الأشخاص غير المصابين بمرض السكري، لا يمكنهم أن يقدموا مشاعر الحنان والتقدير لتجارب الأشخاص المصابين بمرض السكري.
- الإصرار على أن التوافق الجيد للمرض غير ممكن تحقيقه، وعلى ذلك فإن التعاون في العلاج عديم الفائدة.
- تجنب التفاعل مع الآخرين الذين لديهم المرض، ورفض الحصول على معلومات جديدة عن المرض.

- الاعتقاد بأن المرض يحمل العديد من القيود والحدود، التي تمنع الفرد من كثير من الفرص والاختيارات.

مثل هذه الأفكار لا تدخل في نطاق الواقع، ويمكن أن تسبب الضرر للطفل، وهذه المعتقدات أيضاً قد تؤدي إلى أن يغلق الطفل على نفسه أبواباً كثيرة من التفاعل، وتبعده عن الفرص الطبيعية، كما أنها تؤثر في الأفكار والمشاعر والسلوك.

وقد تمت مناقشة تلك الأفكار معهن كل فكره على حدة، وتوضيح تأثيرها في مشاعرهن بالإحباط وسلوكياتهن في العلاج، كما تم توضيح أهمية الالتزام وأن نتائجه ليست سريعة، ولكنها تكون ذات تأثير على المدى البعيد بتقليل مضاعفات المرض. كما نوقشت باستفاضة نتائج عدم الالتزام، وبنفس الأسلوب من حيث أنها تؤثر على المدى البعيد، وأن التقيد بإجراءات العلاج تحقق الشعور بالصحة وعدم الاختلاف عن الآخرين، وتساعد على النجاح وأداء المسؤوليات، وأن الشخص الملتزم لا تحدث له مضاعفات. ومن خلال مناقشة أحاديث الذات التي عبر عنها الأطفال وتوضيح الجوانب الخاطئة فيها وتأثيرها في سلوكياتهن. تفاعل الأطفال، وبدت عليهن الاستجابة والحماس في محاولة تغييرها للوصول الالتزام الجيد، الذي يجعلهن لا ينظرن لأنفسهن على أنهن مريضات.

شجعت الباحثة هذا الحماس والتفاعل الجيد منهن، وطلبت تسجيل مشاعرهن تجاه خطوات الالتزام بالعلاج، على أن تكون المقابلة القادمة مرتبطة بكيفية تحسين عملية الالتزام، والتحكم في معدل السكر بالدم.

المقابلة الجماعية (١١)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٣/٣هـ

أهدافها:

- التعرف على أهمية الالتزام.

- التعرف على المواقف التي تسبب صعوبة الالتزام.
- تحسين الالتزام العلاجي.
- التحكم في مرض السكري.

الوسائل المستخدمة فيها:

المناقشة: مناقشة الأعضاء عن المواقف التي يتعرضون لها يومياً في الالتزام العلاجي:

التوضيح – والشرح للمهام اليومية العلاجية والعمل على تعديل وتحسين السلوكيات المرتبطة بمهام العلاج.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء دارت المناقشة حول التحكم في السكر، وعلاقته في التقليل من المضاعفات على المدى الطويل، وكذلك ما يحدث مع الأطفال من استجابات للعلاج وعلاقتها بالعلاقات الأسرية.

عبر الأعضاء على أن الالتزام يتطلب وقتاً وطاقة، وأنه يتعارض مع ممارسة اللعب، ويحرم من تناول الأطعمة والمشروبات المفضلة، كما أن النتائج لا ترى مباشرة في تنفيذ كل خطوة من مهام العلاج، وقد عبر البعض عن أن الالتزام يتعارض مع الوزن، والاعتقاد أن التغذية الصحية وتناول الوجبات مع الأنسولين سوف يؤدي إلى زيادة في الوزن، ولذا يلجأن إلى حذف بعض الوجبات والتقليل من كمية الطعام المحددة وتخفيض جرعة الأنسولين، بالإضافة إلى مشاعر الخوف التي تنتابهن عند إجراء التحليل، وخاصة عند قراءة النتائج المدونة في الجهاز التي تدل على انخفاض أو ارتفاع في مستوى نسبة السكر في الدم. وهذا يسبب مشكلات مع الوالدين أكثر من عدم القيام باختبار نسبة السكر في الدم.

بالإضافة إلى أن الخوف من انخفاض السكر يؤدي ببعض الأطفال إلى تناول المزيد من الأطعمة تجنباً لحدوث الانخفاض.

- وضحت الباحثة معنى الالتزام للأعضاء، بأنه الموافقة على خطة العلاج ومقابلة الأهداف العلاجية والتي تعني وعي الطفل في تحمل مسؤوليات العلاج وأداء المهام المرتبطة بها مثل: (التغذية الصحية، حقن الأنسولين، ممارسة التمارين البدنية).

دارت المناقشة نحو أسباب دخول المستشفى وغرفة الطوارئ نتيجة مضاعفات المرض، ووضحت الباحثة أن عدم الالتزام يعد أحد المشكلات الشائعة في دخول المستشفى وغرف الطوارئ، لضعف التحكم في المرض، وهذا يسبب الكثير من الإحباط والألم لكل من الأسرة والهيئة المعالجة. ثم طلبت من كل عضوه أن تعرض المواقف وردود الفعل نحو السلوك الذي تؤديه في تنفيذ مهام العلاج.

وقد عرضت كل عضوة لبعض المواقف اليومية في سلوكها نحو مهام العلاج، وعبرت عن مشاعرها عما تعانيه من ضغوط وما يعترضها من صعوبات وجدال بينها وبين والديها. وقد ارتبطت معظم المواقف التي تم عرضها من الأعضاء، بمواعيد أخذ الحقن، وإجراء التحاليل وخاصة أثناء اللعب وعند الزيارات، بالإضافة إلى عدم التزام الأسرة بتحديد أوقات لتناول الوجبات ووضع اختيارات للبدائل الغذائية..إلخ.

وقد تمثلت مواقف صعوبة الالتزام كما عبر عنها الأعضاء في التالي:

- أن الالتزام يتطلب العناية الدقيقة بالوقت والطاقة، وهذه يفضلها الأطفال في قضاء اللعب والأنشطة الحرة، وهذا قد يتعارض مع رغبات وأهداف الطفلة.
- كثير من الأطفال يعتقدون أن الرعاية الزائدة بالعلاج إما مؤلمة أو تمنعهم من تناول أطعمة يرغبون فيها أو مشروبات أو أنشطة.

- أداء مهام العلاج قد تؤدي إلى تذكير الطفل بمرضه، وفيها دلالة على اختلافه عن أقرانه الآخرين.
- لا تظهر آثار المرض نتيجة الأخطاء في العلاج بصورة مباشرة، وإنما تحتاج لوقت من الزمن حتى تظهر المضاعفات.
- يلجأ معظم الأطفال إلى الاعتماد على الكبار (الأم/ الأخت) في تنفيذ المهام الدقيقة للعلاج، كسحب جرعة الأنسولين بنوعيه وذلك خوفاً من الخطأ، والتعرض لجدال مع الوالدين.
- كثرة الإلحاح على الطفلة والضغط عليها نحو العلاج الذاتي يسبب انطباعاً لديها بأنها ضعيفة في الالتزام، ويعود إلى فشلها في العناية الذاتية وإلقاء اللوم عليها، وقد تصف نفسها بالفشل وليس لديها فرصة للتحكم الجيد.

تمت مناقشة هذه المواقف وتوضيح أهمية الالتزام، وكانت هناك استجابة وتفاعل من جميع الأعضاء في تبادل الخبرات اليومية، و التعرف على المواقف، وأنواع المخاوف، التي يمرون بها، وبعض الأفكار نحو الالتزام، وذلك من خلال تشجيع الأعضاء على التعبير وعرض المواقف وإظهار المشاعر نحوها، وقد استخدمت الباحثة التعزيز الإيجابي لزيادة هذا التفاعل في جو من القبول، مع التوضيح والشرح لتوصيل الاتجاهات الإيجابية في عملية الالتزام.

وانتهت المناقشة باتفاق الأعضاء على أهمية الالتزام في أنه:

- يحقق للجسم الصحة العامة ويمنع حدوث المضاعفات، وذلك من خلال الوصول إلى مستوى أقرب للمستوى الطبيعي في نسبة سكر الدم.
- يمنع دخول المستشفى وغرف الطوارئ، وذلك بتجنب حدوث المضاعفات.
- يمنع حدوث المشكلات بين الوالدين ويقلل الجدل والنقاش حول مهام العلاج.
- يعزز ثقة الوالدين في الطفل وكذلك الفريق الطبي.

- يساعد على التمتع بالحياة وممارسة ألوان النشاط.

وفي نهاية المقابلة وزعت الباحثة الوجبة الخفيفة على الأعضاء، كما وزعت عليهن الواجب المنزلي لتسجيل المواقف التي تحدث خلال الأسبوع، وكيفية التعامل معها، لمناقشتها في الأسبوع المقبل.

المقابلة الجماعية (١٢)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٣/١٠هـ

أهدافها:

- تعلم أساليب تحسين الالتزام العلاجي.
- اكتساب القدرة على مواجهة صعوبات مسؤوليات العناية الذاتية.
- اكتساب المهارة الاجتماعية في المواقف المرضية خارج المنزل.

الوسائل المستخدمة فيها:

- الشرح، شرح الجوانب المتعلقة بالعناية الذاتية.
- التوضيح، توضيح المهارة الاجتماعية في مواجهة مواقف المرض.
- المناقشة، مناقشة المواقف المرضية أثناء المناسبات الاجتماعية، وكيفية التعامل معها.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء، دارت الجلسة حول الالتزام العلاجي في المواقف الاجتماعية، وكيفية التعامل مع مهام العلاج.

وأوضحت الباحثة للأعضاء أن الالتزام بمهام العلاج لا يتوقف على أدائه في المنزل فقط، وإنما هو عملية مستمرة يومياً لتنفيذ مهام العلاج سواء داخل الأسرة في المنزل، وفي جميع المواقف الاجتماعية التي تمر عليهن في المدرسة، أو أثناء المناسبات الاجتماعية، وكذلك أثناء فترات المرض التي تعترضهن.

- طلبت الباحثة من الأعضاء أن يعرضن المواقف الاجتماعية التي مـــررن بهـــا وكيف تصرفن معها.

- ومن خلال سرد بعض المواقف اتضح أن هناك مشاعر الخوف والخجل لدى البعض في تنفيذ مهام العلاج أمام الآخرين، من أصدقاء، وأقارب، ومعلمـــين..إلخ. وقد أوضحت الباحثة لهن ضرورة تعليم وتبصير المحيطين بهن بالإجراءات الوقائيـــة، عند الشعور بأعراض مضاعفات المرض الحادة، سواءً الانخفاض، أم الارتفاع وذلك للتصرف الجيد أثناء مواقف الأزمات، كما أوضحت الباحثة أن هذه المواقف جزء هام من عملية الالتزام، وناقشت معهن كيفية التغلب على تلك المشاعر، من خلال علاقاتهن مع الآخرين، **واتفق على:**

١- ضرورة معرفة المحيطين بكن في المواقـــف الاجتماعيـــة، مـــن معلمـــات وصديقات للحالة المرضية، لأن صحتكن تهمهم، ولـــديهم اســـتعداد الاهتمـــام والمساعدة في التغلب على المواقف المرضية التي تتعرضن لها.

٢- ضرورة معرفة الصديقات والمعلمات للأعراض المرضية للمرض، لكي يكن قادرات على التصرف وعمل ما يجب فعله أثناء حدوث المضاعفات، حتى يستطعن مساعدتكن أثناء تلك المواقف.

- وعرض الأعضاء لبعض المواقف الاجتماعية، التي تعرضن لها فعلياً بتفاعل من الجميع وكيف تمت مساعدتهن من قبل الآخرين. ثم دارت مناقشة للمواقف الفعلية التي تعرضن لها **وتضمنت ما يلي:**

أ- أثناء المرض وعند الشعور بالتوعك وارتفـــاع درجـــة حـــرارة الجـــسم والتقيؤ..إلخ. يجب إخبار المعلمة أو المشرفة إذا كان هذا الموقف في المدرسة، وقياس نسبة السكر في الدم لمعرفة مستواه.

- إذا كانت النسبة مرتفعة يتم تحليل البول لمعرفة وجـود كيتونـات أم لا ؟ وشرب سوائل كثيرة.

- إذا شعرت بحاجة إلى وجبة وخفيفة أخبري المعلمة وتناوليها أثناء الحصة.

ب- أثناء الزيارات والمناسبات الاجتماعية: يجب فيها ضبط النفس وتناول كميات قليلة من الأطعمة المحتوية على نسبة سكريات كثيرة، مع الاهتمام بتناول الطعام حسب الخطة الغذائية المقررة ونسبة السكر، مع الاهتمام بالبدائل الغذائية والتقليل من تناول المشروبات الغازية.

وقد اختتمت الجلسة بمراجعة للتعليمات السابقة التي تم إيضاحها والاتفاق عليها، وكيفية التعامل مع المواقف الطارئة التي تحدث أثناء الانخفاض الحاد أو الارتفاع الحاد لنسبة السكر في الدم، وقد شجعتهن الباحثة على المحافظة والقدرة على ضبط نسبة السكر في الدم في حدود النسبة الطبيعية، حتى يستطعن مواصلة حياتهن الطبيعية دون التعرض لأية مضاعفات حادة.

المقابلة الجماعية (١٣)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٣/١٧هـ

أهدافها:

- التمهيد لإنهاء برنامج التدخل العلاجي.
- مراجعة ما تم تحقيقه والتأكد من اكتساب السلوك للجوانب العلاجية.

الوسائل المستخدمة:

- عرض قصة دبدوب والسكري *، تتضمن معلومات ترتبط بسلوكيات العلاج.
- تمثيل أدوار القصة من قبل الأعضاء من خلال لعب الأدوار.

التسجيل لمحتواها:

بعد الترحيب بالأعضاء، ومراجعة الواجب المنزلي، قامت الباحثة بسرد قصة "دبدوب والسكري" على الأعضاء وتوضيح محتوياتها الخاصة بوظائف البنكرياس والخلية والكبد وعلاقتها بالأنسولين و بمرض السكري، من خلال مواقف مرضية لمضاعفات المرض وكيفية التصرف نحوها، وقد كان العرض بأسلوب شيق شد الأعضاء وشوّقهن إلى اختيار الأدوار، على النحو التالي:

- المريض.
- السكر (تأثير السكر على الجسم).
- البنكرياس (دوره في إفراز الأنسولين).
- الخلية (دورها في حرق السكر وإنتاج الطاقة).
- الأنسولين (تأثيره في موازنة السكر في الدم).
- الكبد (دورها في تخزين السكر عند الضرورة).
- الكيتونات (أثرها في الجسم وفي الأعضاء وخاصة الكلى).

أعيدت قراءة محتويات كل دور من قبل كل عضو للجزئية الخاصة بالدور، وقد شدتهن القراءة إلى التفاعل والمشاركة، وإضافة معلومات أخرى لتلك المواقف، من خلال خبراتهن السابقة.

- شجعت الباحثة الأعضاء على التدريب، لتمثيل الأدوار أمام الأمهات في المقابلة القادمة.
- وفي نهاية الاجتماع وزعت الوجبة الخفيفة على الأعضاء، وطلبت الباحثة منهن دعوة أمهاتهن في الاجتماع المقبل.

* دبدوب والسكري، إعداد شركة ليلي Eli Lilly and Company S.A.P

المقابلة الجماعية (١٤)

يوم الخميس الموافق ١٤٢٥/٣/٢٤هـ

وهي مشتركة بين الأطفال والأمهات.

أهدافها:

- مراجعة الجوانب العلاجية وسلوكيات العلاج.
- مشاركة الأمهات في التعرف على متطلبات العلاج وسلوكياته.
- التمهيد لإنهاء المقابلات الجماعية.

الوسائل المستخدمة فيها:

- لعب الدور من خلال تمثيل الأدوار من قبل الأعضاء لقصة دبدوب والسكري.
- استخدام أسلوب التوضيح والمناقشة والتدعيم للجوانب الإيجابية.

التسجيل لمحتواها:

حضر بعض الأعضاء مبكراً قبل الموعد المحدد للجلسة، وقد أحضرن معهن بعض الملابس والأدوات الخاصة بأداء الأدوار، وكن سعيدات وفرحات بهذا العمل، وقد شجعتهن الباحثة ودعمت ثقتهن في قدرتهن وتحمسهن لأداء الأدوار، وابتكاراتهن في اختيار الملابس والأدوات المرتبطة بمسؤوليات العلاج.

- توالى حضور جميع الأعضاء ثم رحبت الباحثة بهن وشاركتهن في تجهيز مكان العرض للمشهد التمثيلي أمام الأمهات، وقد أحضرت الباحثة ضيافة للأمهات ووجبة خفيفة للأعضاء، حيث رتب الأعضاء المكان في تفاعل إيجابي من الجميع وشعور بالفرح والبهجة.
- طلب الأعضاء من الباحثة القيام بعرض بروفة للمشهد التمثيلي قبل عرضه على الأمهات، ورحبت الباحثة بذلك، ودعمتهن على ثقتهن وبراعتهن في أداء الدور.

- حضرت الأمهات، ورحبت الباحثة بهن وبالأعضاء، وجلسن في المكان المعد لهن، ثم وزعت عليهن الضيافة من قبل الأعضاء، وبعد ذلك بدأ الأعضاء بعرض المشهد التمثيلي للقصة، في جو يسوده الفرح والسرور من الجميع. وقد حظي الأعضاء بالتشجيع والدعم من الباحثة والأمهات والزميلات.
- وبعد انتهاء العرض، تمت مناقشة المعلومات والسلوكيات لكل دور، مع التوضيح والشرح لأهميتها لعملية الالتزام بالعلاج وأثرها في الصحة، والتأكيد على الاستمرار في أداء هذا السلوك مدى الحياة وفي جميع المواقف الاجتماعية.
- وقد أبدت الأمهات والأعضاء القبول والتعاون في اتباع هذه السلوكيات والاستمرار عليها بعد انتهاء هذه الجلسات، وأن يكون هناك اتصال مع الباحثة للتتبع والتعرف على مدى الالتزام بأساليب العلاج.

اختتمت الجلسة باقتراح أن يكون هناك لقاء ختامي لتوزيع الهدايا على الأعضاء، وتم الاتفاق على اختيار مكان خارج المستشفى ووقع الاختيار على حديقة الحيوانات، وحدد الموعد من الساعة الرابعة عصراً إلى الساعة السابعة مساءً، ووجهت الدعوة إلى جميع أفراد الأسرة، وقد فرح الأعضاء بهذا اللقاء، ووافقت الأمهات على المكان والموعد في الأسبوع المقبل.

المقابلة الجماعية (١٥)

يوم الخميس الموافق ١/٤/١٤٢٥هـ

أهدافها:

- إنهاء للمقابلات الجماعية.
- لقاء اجتماعي مع الأطفال وأمهاتهن وأخواتهن.

- توزيع الهدايا على الأعضاء.

الوسائل المستخدمة فيها:

- مشاركة الأمهات والأطفال في تقديم ضيافة اللقاء الاجتماعي.
- إتاحة الفرصة للجميع للتعبير عن الاستفادة من البرنامج، وتأثيره في الالتزام نحو مهام العلاج.
- زيادة التفاعل والارتباط بين الأطفال بالمشاركة في اللعب والتعـرف علـى الحيوانات.
- تقديم مسابقة ثقافية تحقق أهداف البرنامج.
- توزيع الهدايا على الأعضاء وأخواهن الحاضرات.

التسجيل لمحتوى المقابلة الختامية:

التقت الباحثة مع الأطفال وأعضاء أسرهن في المكان والموعد المتفق عليه، وقد رحبت بهن جميعاً، ولاحظت الباحثة على الجميع مشاعر الفرحة والسـرور لهـذا اللقاء الاجتماعي.

شارك الجميع بإعداد وتجهيز مكان الجلوس، وقد أحضرن معهن مـستلزمات هذا اللقاء من مأكولات ومشروبات، ثم توالت الأمهات بتقديم الضيافة للباحثـة، وبادرن بعرض المعجنات والحلويات التي أعددهما من مضمون الكتيبات المحتوية على السعرات الحرارية المناسبة لأطفالهن، والتي سبق أن قدمتها الباحثة لهن، كاسـتجابة للإرشادات الغذائية.

أبدت الباحثة شكرها وتقديرها لجهودهن والتزامهن في تقبل التوجيهات، كما شكرن الباحثة على تعليماتها ووعدنها بالاستمرار على النهج حـتى بعـد نهايـة البرنامج، لما لمسنهن من تحسن في حالة أطفالهن.

أتاحت الباحثة الفرصة للأطفال وأخواتهن لتوضيح المواقف التي التـزمن فيهـا بالغذاء والدواء وممارسة التمارين الرياضية، ومشاركتهن لأمهاتهن في إعداد الخطـة

الغذائية، وقد اتضح من هذه المواقف طرائف وذكريات متبادلة بين الأمهات والأطفال وأخواهن، كما كانت هذه المواقف نوعاً من تبادل للخبرات بين الأمهات بما قمن به من إعداد لوصفات غذائية للوجبات اليومية.

أتاحت الباحثة للأطفال وأخواهن المجال للعب والتجوال في الحديقة، وشجعت الأمهات على استمرارية الاتصال فيما بينهن وبين الباحثة لمتابعة حالات أطفالهن، والاستفسار عن أية أسئلة يرغبن معرفة الإجابة عنها.

أجريت المسابقة الثقافية المحتوية على برنامج الاجتماعات السابقة في جو تسوده الفرحة والمنافسة في سرعة الإجابة بين الأطفال وأفراد أسرهن، وقد دعمتهن الباحثة بتقديم الهدايا لجميع الأطفال وكذلك أخواهن الحاضرات.

بادرن بتقديم الشكر والامتنان للباحثة، وشاركن بتقديم هدية تذكارية للباحثة، تحتوي على كلمات معبرة عن مشاعرهن الودية تجاهها نحو البرنامج، وتمنين أن يكون اللقاء على فترات متتالية.

اتفقت الباحثة أن يكون هناك اتصال مستمر معهن لمعرفة أحوالهن، وتمنت لهن التوفيق في حياهن العلمية، وشكرت الجميع على التزامهن بحضور الجلسات وتحقيق أهداف البرنامج.

وانتهى اللقاء بتوديع الجميع، والتمنيات لهن بالشفاء والنجاح والتوفيق في الحياة.

رابعاً: عرض تلخيصي لمحتوى المقابلات الجماعية مع الأمهات

تم عقد اثنتي عشرة مقابلة جماعية مع الأمهات وثلاثة اجتماعات مشتركة مع الأمهات والأطفال وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

١- العمل على تكوين علاقة مهنية مع الأمهات مبنية على التقبل والتجاوب مع الباحثة، تساعد على تحقيق التعاون المتبادل بينهما لفهم وإدراك المشكلات المرتبطة بالمرض وكيفية التعامل معها وقبول خطة العلاج.

٢- إمداد الأمهات بالمعلومات الأساسية عن المرض، لضمان مشاركتهن في الإجراءات العلاجية بصورة فعالة.

٣- مساعدة الأمهات على إدراك المهام المتطلبة في العلاج من حيث:

- متطلبات العلاج والإجراءات العلاجية المرتبطة به.
- المعرفة بالتغذية الصحية للطفل مريض السكري.
- المعرفة بالتمارين الرياضية المناسبة، وأهميتها وأوقاتها والاحتياطات اللازمة عند ممارستها.

٤- مساعدة الأمهات على التعرف على الانفعالات النفسية للإصابة بالمرض وكيفية التعامل معها.

٥- التعرف على الأفكار الخاطئة للأمهات التي تؤثر في عملية التوافق مع المرض.

٦- تعليم الأمهات كيفية مواجهة الضغوطات المرتبطة بالمرض وكيفية التعامل معها.

٧- تعليم الأمهات كيفية حل المشكلات المرتبطة بالمرض وإكسابهن المهارات اللازمة للتعامل معها.

٨- توضيح أهمية مشاركة الأمهات في تنفيذ مسؤوليات العلاج والتدريب على التحويل التدريجي لمسؤوليات العلاج لأطفالهن.

٩- تعليم الأمهات كيفية استيفاء دليل الملاحظة لقياس مدى التزام الطفل بإجراءات العلاج.

المقابلة الجماعية الأولى ١٤٢٤/١٢/٢١هـ

نوع المقابلة: مشتركة بين الأطفال والأمهات.

وتهدف إلى تدعيم العلاقة المهنية، والتخفيف من حدة الشعور بالقلق والتوتر المصاحب للقاء الأول، ولتكوين الآلفة بين الأطفال والأمهات. والتعرف بصورة

عامة على استجابات الأطفال وأمهاتهن للمرض، وتحديد الاحتياجات والسلوكيات المطلوبة من الأطفال والخاصة بالعلاج، وكذلك توضيح أهداف البرنامج.

انظر التسجيل التفصيلي للمقابلة الأولى من الاجتماعات الجماعية مع الأطفال.

المقابلة الجماعية الثانية ١٤٢٤/١٢/٢٨هـ

وتهدف إلى إمداد الأمهات بالمعلومات المرتبطة بالمرض من حيث:-

- التعرف على أسباب الإصابة بالمرض.

- التعرف على الأعراض العامة للمرض.

- أهمية الأنسولين في إنتاج الطاقة لجسم الإنسان، وقد تمت مناقشة هذه الجوانب باستعراض الأمهات لمعلوماتهن وإمدادهن بالمعلومات الضرورية، وكان هناك استفادة مشتركة بينهن من استعراض هذه المعلومات سواء من الأمهات أم من الباحثة.

ملحوظة:-

اجتماع الأمهات بعد اجتماع الأطفال في اليوم نفسه، ومدته ساعة، وذلك يفرض أن يكون هناك تواصل زمني واحد من حيث التدرج في تنفيذ البرنامج وتحقيق أهدافه، كما أنه يتيح للأمهات التعرف على ما تم تناوله في اجتماع الأطفال، وما المسؤوليات المطلوبة من كل طفله خلال الأسبوع لتعاون الأمهات في مساعدتهن لتنفيذ هذه المهام المطلوبة منهن.

المقابلة الجماعية الثالثة ١٤٢٥/١/٦هـ

وتهدف إلى مناقشة المسؤوليات اليومية للعلاج من حيث:

أنواع الأنسولين ومدى فاعلية كل نوع ، وكيف يتم إعداد الحقنة - تخزين الأنسولين - مدة الصلاحية.

المواظبة على إجراء التحاليل، وتسجيل النتائج، وكيفية مساعدة الطفلة في عملية التسجيل.

وقد تمت مناقشة هذه المعلومات باستعراض الأمهات لمعلوماتهن وإمدادهن بالمعلومات الضرورية، وكان هناك تفاعل واستفادة مشتركة بين الأمهات من توضيح هذه الجوانب وأهميتها.

هذا، وقد استعانت الباحثة بعرض شريط فيديو (مكتبة الملك فيصل التخصصي) يوضح هذه الجوانب والمهارات المرتبطة بها.

وبعد عرض الشريط تم إعادة المعلومات التي وضحت من خلاله، مع توضيح دور كل أم في مساعدة ابنتها على الالتزام بهذه الإجراءات الصحية الضرورية.

علماً بأن الشريط تم عرضه على الأطفال في الاجتماع الجماعي،مما أتاح للأطفال والأمهات استعراض الخطوات والإجراءات معاً.

المقابلة الجماعية الرابعة ١٤١٥/١/١٢هـ

وتهدف إلى مساعدة الأمهات لإكساب أطفالهن السلوكيات المرتبطة بإجراءات التحاليل من حيث:

- القياس المنتظم للسكر.
- خطوات إجراء تحليل السكر في الدم.
- كيفية التصرف عند ظهور كيتونات في تحليل البول.

وقد تمت مناقشة هذه الجوانب مع الأمهات، وأوضحن معلوماتهن وخبراتهن واستفادت الأمهات من عرض خبرات ومعلومات كل منهن على الأخرى، وكذلك من توضيح وشرح الباحثة بالاستعانة بشريط فيديو لتعليم كيفية إجراء خطوات التحليل. (مكتبة الملك فيصل التخصصي)

علما بأن الشريط قد تم عرضه في الجلسة الجماعية للأطفال، مما يساعد على إكساب كل من الأطفال والأمهات لهذا السلوك ويساعد على سهولة تطبيق هذه الإجراءات.

المقابلة الجماعية الخامسة ١٤٢٥/١/٢٥

وتهدف إلى مناقشة كيفية تحقيق التوازن بين الطعام والأنسولين، والتعرف على أسباب الارتفاع الحاد في نسبة السكر بالدم، وكذلك أسباب وأعراض الانخفاض الحاد في نسبة السكر في الدم، وكيفية التعامل مع هذه المواقف، ومساعدة الطفلة عند حدوث هذه الأعراض المرضية.

ناقشت الباحثة مع الأمهات أسباب ارتفاع نسبة السكر بالدم، وعلامات ارتفاع نسبة السكر بالدم، وركزت على السلوكيات الخاطئة في التغذية المسببة لهذا الارتفاع من إسراف في تناول الطعام والحلوى والفطائر المحتوية على السكريات، وعدم الانتظام بمواعيد الوجبات الغذائية، وكذلك السلوكيات الخاطئة في عدم الانتظام في تناول حقنة الأنسولين. وركزت على أهمية تحقيق التوازن في الغذاء، والابتعاد عن الأطعمة الممنوعة وممارسة الرياضة.

كما نوقشت كيفية معالجة ظهور كيتونات في البول عند الطفلة بأخذ العصائر الخالية من السكريات.

وتم استعراض أسباب وأعراض انخفاض نسبة السكر في الدم، وركزت الباحثة على السلوكيات الخاطئة، من حيث عدم تناول الوجبات كاملة، التأخر في تناول الوجبات، اللعب الكثير للطفلة ونسيان الوجبات الخفيفة، وتناول جرعة بكمية زائدة من الأنسولين.

وقد تم مناقشة كيفية التعامل مع حالة الانخفاض لدى الطفلة بتناول مواد تحتوي على سكريات من العصير المحلى بالسكر، أو ملعقة عسل، أو مربى، أو قطعة سكر وإعطاء وجبة بعد ١٠-١٥ دقيقة.

وقد كان هناك تفاعل وتوضيح وشرح من الأمهات لأسلوب كل منهن، لمواجهة هذه المواقف واستفادة متبادلة.واتفق على السلوكيات المحققة لتفادي حالات الارتفاع أو حالات الانخفاض.

المقابلة الجماعية السادسة ١٤٢٥/١/٢٧هـ

وتهدف إلى التعرف على الخطة الغذائية الصحية من حيث: فائدة الغذاء الصحي للجسم، مكونات الغذاء الصحي، توزيع الوجبات خلال اليوم.

ناقشت الباحثة مع الأمهات أهمية وضع خطة غذائية لأطفالهن، تحتوي على العناصر الغذائية الضرورية، وكذلك تطرق الحديث إلى عدد الوجبات الرئيسة والوجبات الخفيفة مع ارتباط ذلك بطول ووزن الطفلة، ومقدار الجرعة المتناولة من الأنسولين خلال اليوم لها.

وقد كان الحديث مثمراً، نظراً لتفاعل الأمهات، وإسراع كل منهن بتوضيح ما تقوم به تجاه ابنتها، وخبرات كل منهن في تنويع الغذاء المقدم، وقد شجعت الباحثة هذه الاستجابات، ودعمت الأمهات في محاولتهن لتوفير الوجبات الغذائية الصحية والمتنوعة، وقد عرضت عليهن نموذج الوجبات الرئيسة والخفيفة المعد من مركز الحمية لكل طفلة خلال يوم واحد، وناقشت محتويات الوجبات من حيث السعرات الحرارية المطلوب تناولها خلال اليوم، بناء على الوزن وعلى الجرعة المحددة من الأنسولين، وأكدت أهمية تناول الوجبات بانتظام وعدم إهمال أية وجبة، سواء الرئيسة أم الخفيفة، وطلبت منهن مساعدة أطفالهن في تسجيل الوجبات الرئيسة والخفيفة التي يتناولنها خلال الأسبوع.

وقد اتصف هذا الاجتماع بالحيوية والتفاعل وتبادل الخبرات للأمهات معاً والاستفادة من توضيح الباحثة ومن النموذج العملي للوجبات الغذائية المعدة ليوم كامل من مركز الحمية.

المقابلة الجماعية السابعة ١٤٢٥/٢/٤هـ

وتهدف إلى استكمال التغذية الصحية، وعرض لقائمة البدائل، وأساليب لإعداد الوجبات وكيفية التنويع بين الوجبات.

ناقشت الباحثة مع الأمهات معلوماتهن وخبراتهن في تغذية الأطفال، وتقديم بدائل الأغذية، وتم مناقشتها معهن، مع شرح لمحتويات الهرم الغذائي، وتوضيح احتياجات كل طفلة من العناصر الغذائية لمكونات الطعام.

كما نوقشت أساليب الأمهات في إعداد الطعام لأطفالهن، ومشاركتهن بعرض خبراتهن في هذا المجال، وقد استفادت الأمهات من خبرات كل منهن، وكان هناك تفاعل وترحيب بقبول تنوع هذه الأساليب والاستفادة منها.

هذا، وقد أمدت الباحثة الأمهات بقائمة لكيفية إعداد الأطعمة الخفيفة التي تتمشى مع حالة أطفالهن، وكيفية التنوع فيها واختيار البدائل.

المقابلة الجماعية الثامنة ١٤٢٦/٢/١١هـ

وتهدف إلى التعرف على أهمية الرياضة للجسم، وخاصة مع الأطفال مرضى السكري، وتحديد الأوقات التي تتم فيها ممارسة الرياضة وأنواع الرياضة المناسبة لحالة كل طفلة.

ناقشت الباحثة مع الأمهات أهمية الرياضة للجسم، وتأثيرها في الصحة النفسية للطفلة لإزالة التوتر والقلق، ولاستغلال وقت فراغها بنشاط معين، وتطرق الحديث أيضاً إلى أنواع الرياضة المناسبة التي ستمارس، و الاحتياطات الواجب اتخاذها قبل ممارستها (تناول كمية من الكربوهيدرات، أن تحمل الطفلة معها عصير، أو أقراص سكر لمعالجة النقص المفاجئ في نسبة السكر...إلخ).

وقد تم الاتفاق على عدم ممارسة الرياضة في حالة الانخفاض أو الارتفاع في نسبة السكر بالدم.

وقد حدث تفاعل بين الأمهات، وتحدثن عن بعض مشكلات الإفراط في اللعب والنشاط الزائد لبعض أطفالهن، وتأثير ذلك في حالتهن الصحية، وناقشت الباحثة معهن المشاكل التي عرضها الأمهات المتعلقة بالرياضة والنشاط.

وفي نهاية الاجتماع، كان هناك إجماع على أهمية ممارسة الرياضة للطفل المريض بالسكري، وتكفلت الأمهات بمساعدة أطفالهن على تسجيل أنواع الرياضة الممارسة خلال الأسبوع، مع تسجيل نتيجة التحليل قبل ممارسة الرياضة.

المقابلة الجماعية التاسعة ١٤٢٥/٢/١٨هـ

وتهدف إلى مناقشة الاستجابات الانفعالية للأطفال، وكيفية مساعدتهم للتعبير عنها، ومناقشة المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالمرض في العلاقات الأسرية وبين الإخوة ،إضافة إلى كيفية التعامل مع ضغوط العلاج.

ناقشت الباحثة مع الأمهات أنواع الاستجابات الانفعالية للأطفال، التي تضمنت الغضب وسرعة الانفعال والاستياء والملل من الإجراءات العلاجية، والخوف من الإبرة والخجل من أخذ الحقنة أمام الآخرين....إلخ.

ومن خلال المناقشة، اتضح للأمهات أن كثيراً من هذه الاستجابات يشترك فيها معظم أطفال مرضى السكري، وأنها استجابات طبيعية كما تم تناول كيفية التعامل معها.

وقد ساعدت الباحثة الأمهات في التعرف على هذه الاستجابات، والظروف التي تزيد من حدتها، وكيفية التعامل معها.

وتطرقت المناقشة إلى بعض المشكلات الأسرية المرتبطة بالعلاج، التي منها:الاعتمادية الكبيرة من الطفلة على الأم مما يثير غيرة الإخوة والعدوان على الطفلة، وتمت مناقشة مواقف حدوث هذه المشكلات، وكيفية التعامل معها، وقد

استفادت الأمهات من خبرات بعضهن في التعامل مع هذه المشكلات، إضافة إلى توجيه الباحثة للأمهات حول كيفية التعامل مع هذه المواقف.

المقابلة الجماعية العاشرة ١٤٢٥/٢/٢٥هـ

وتهدف إلى التعرف على الأفكار الخاطئة لدى الأطفال، وكيف تؤثر في التوافق مع المرض، ودور الأم في التعامل مع هذه الأفكار.

ناقشت الباحثة بعض الأفكار الخاطئة لدى الأطفال ومن أهمها:

- الاعتقاد الخاطئ لكل ما يحدث من مواقف إحباط أو صعوبات لدى الطفل، يرجعها للمرض، ويستجيب لها بالعديد من الاستجابات النفسية، من لوم للنفس أو خجل أو حزن أو عصبية...إلخ.
- كثير من الأطفال يربطون بين الأحداث السيئة، وما يحدث أو يتعرضون له في حياتهم اليومية، سواء في المترل أم المدرسة لإصابتهم بالمرض، مما يسبب الشعور بالمرارة تجاه المرض، وكل ما يتعلق به من إجراءات علاجية.
- شعور الأطفال بأن الكبار غير المصابين بالمرض، لا يستطيعون أن يقدموا لهم الدعم والمساعدة.
- الإصرار على أن التوازن الجيد للمرض غير ممكن تحقيقه، وعلى ذلك فإن التعاون في العلاج عديم الفائدة.
- محاولة بعض الأطفال الاستفادة من مرضهم، والإهمال في أداء الوجبات المتطلبة منهم، سواء في المترل أم في المدرسة.
- الاعتقاد بأن المرض يحمل العديد من القيود والحدود، التي تمنع الأطفال من كثير من الفرص والاختبارات.

تم التعرض لكل فكرة على حدة وبيان تأثيرها في الطفل، من حيث أفكاره ومشاعره وسلوكه، ونوقشت كيفية التعامل معها.

هذا، وتفاعلت الأمهات، وعرضن من خبراتهن الذاتية العديد من هذه المواقف التي تحدث معهن فعلا وأساليب التعامل معها.

واتفق على أهمية التقيد بإجراءات العلاج، وكيفية تقديم الأم الدعم والمساعدة لطفلها عند أداء هذه المسؤوليات.

هذا، وقد ركزت الباحثة على بعض الأساليب التي تساعد على التوافق مع هذا المرض ومنها:

- لا يوصف الطفل بالصفة الرئيسة للمرض. (مرض السكري)
- أن يكون هناك توضيح لأفكار الطفل دون تحليلها، وإشعاره بتفهمها وتقديرها واستيعابها مع إظهار مشاعر التعاطف ومشاركته فيها.
- وضع الحلول وما يمكن تقديمه من مساعده له بناء على طلبه.
- إيجاد وسيلة لإبعاده عن التفكير فيها، كالاشتراك في الأندية، وممارسة الأنشطة.
- عدم وصم الطفل بالفشل نتيجة إخفاقه في فنيات العلاج، بل تقدم له المساعدة والتدريب على هذه الإجراءات.
- أهمية التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب فيه، وتقديم التقدير للطفل عند نجاحه في الالتزام بالعلاج، وقد أوضحت الأمهات أهمية هذه الجوانب، وأبدين استعداداً وتفهماً للتعامل مع هذه الأفكار الخاطئة لأطفالهن.

المقابلة الجماعية الحادية عشرة ١٤٢٥/٣/٣هـ

وتهدف إلى التعرف على المواقف التي تسبب صعوبة في الالتزام، وكيف تساعد الأم في تحسين الالتزام.

ناقشت الباحثة مع الأمهات مشكلات الالتزام من حيث إن:

- الالتزام يتطلب وقتاً وطاقة، وأنه قد يحرم الطفل من اللعب ومن تناول الأطعمة والمشروبات المفضلة لديه.

- بعض الأفكار الخاطئة للأطفال، من أن الالتزام بالتغذية الصحيحة وتناول الوجبات مع الأنسولين يؤدي إلى زيادة الوزن وخاصة لدى بعض الأطفال الأكبر سناً.
- امتناع بعض الأطفال عن إجراء التحاليل لأن الارتفاع والانخفاض في نسبة السكر يؤدي إلى مشكلات مع الوالدين ولوم الأم على أن هناك إهمالاً في مساعدة الطفلة على الالتزام.
- الخوف من انخفاض السكري يؤدي ببعض الأطفال إلى تناول المزيد الأطعمة وخاصة التي تحتوي على سكريات.

وقد استجابت الأمهات لمناقشة هذه الاتجاهات من الأطفال نحو الالتزام، وكيفية التعامل معها، من حيث إشعار الطفل بالتقدير والنجاح للالتزام بالعلاج عند تنفيذه لمهام العلاج وكذلك مساعدته بالتغذية الصحية التي تعدها الأم وتتفق مع خطة العلاج حتى يشعر الأطفال أن لديهم فرصة للتحكم الجيد ولا يشعرون بالفشل.

استجابت الأمهات لهذه المناقشة لهذه المواقف التي يتعرضون لها في الممارسة اليومية للعلاج مع أطفالهن، وعرض خبراقمن وأساليبهن للتعامل معها وكان هناك استفادة مشتركة بينهن مع الباحثة.

المقابلة الجماعية الثانية عشرة ١٤٢٥/٣/١٠هـ

وتهدف إلى التعرف على أساليب تحسين الالتزام العلاجي. وكيفية مواجهة صعوبات مسؤوليات العناية الذاتية بالطفل، والصعوبات في الالتزام خارج المترل.

أوضحت الباحثة للأمهات أن الالتزام بمهام العلاج لا يتوقف على أدائه في المترل فقط، وإنما هي عملية مستمرة لتنفيذ مهام العلاج في جميع المواقف الاجتماعية، سواء في المدرسة أم أثناء المناسبات الاجتماعية، وكذلك فترات المرض التي قد يتعرض لها الأطفال.

وقد اتفق مع الأمهات على ضرورة معرفة المشاركين للطفل في المواقف الاجتماعية من معلمين وأصدقاء للأعراض المرضية، ليكونوا قادرين على التصرف ومساعدة الطفل في هذه المواقف.

هذا بالإضافة إلى مساعدة الطفلة، لتتعلم بعض السلوكيات الضرورية، كأخذ وجبة خفيفة أثناء الحصة إذا شعرت بحاجة إليها، وكيفية التصرف في مواقف المرض أثناء الزيارات والحفلات..إلخ.

وقد كان هناك تفاعل واستجابة من الأمهات لمناقشة هذه الجوانب، لأهميتها في حياة الطفلة ولتحقق التزامها الجيد مما ينعكس على أدائها وسلوكها في المواقف اليومية التي تتعرض لها.

مع توضيح أن سلوك الالتزام يعني الحالة الصحية الجيدة للطفلة، وبالتالي يقلل من المشاعر السلبية تجاه المرض.

المقابلة الجماعية الثالثة عشرة ١٤٢٥/٣/١٧هـ

وتهدف إلى التمهيد لإنهاء الجلسات، ومناقشة ومراجعة ما تم أخذه في الاجتماعات السابقة.

ناقشت الباحثة مع الأمهات الجوانب التي تم التعرض لها في المقابلات السابقة أثناء الاجتماعات الأسبوعية، من حيث الالتزام بالعلاج، الاستجابات النفسية للأطفال، كيفية مساعدة الطفلة وإكسابها مهارات العناية الذاتية وتحميلها مسؤولية العلاج.

وقد تفاعلت الأمهات في توضيح هذه الجوانب ودورهن في مساعدة أطفالهن، وأهمية الاستمرار في الالتزام بعد الانتهاء من البرنامج.

فأبدت الباحثة استعدادها لمقابلة الأم، أو الاستجابة لمكالماتها عند وجود أية صعوبة.

هذا، وقد تم الاتفاق بين الأمهات على مواصلة الاتصال معاً، وكذلك الاتصال بين أطفالهن وأوضحن مدى الاستفادة من البرنامج ومظاهر التحسن التي لاحظناها على أطفالهن تجاه سلوكيات العلاج.

وفي نهاية الاجتماع دعت الباحثة الأمهات لحضور عرض الأطفـــال في الجلـــسة القادمة لقصة " دبدوب والسكري" لدعمهن وتشجيعهن على أداء أدوار هذه القصة.

المقابلة الجماعية الرابعة عشرة ١٤٢٥/٣/٢٤هـ

وتهدف إلى مشاركة الأمهات في التعرف على سلوكيات العلاج، والتدرج في تحويل مسؤولياته لأطفالهن، والتمهيد لإنهاء الاجتماعات.

انظر تسجيل محتوى المقابلة الجماعية في الاجتماع مع الأطفال (١٤).

المقابلة الجماعية الخامسة عشرة ١٤٢٥/٤/١هـ

وتهدف إلى لقاء اجتماعي مشترك بين الأطفال وبعض أعضاء الأسرة.

انظر تسجيل محتوى المقابلة الجماعية في الاجتماع مع الأطفال (١٥).

خامساً: خطوات التدخل المهني مع حالات الدراسة:

الحالة الأولى

١- البيانات الأولية:

الاسم: م **السن:**١٢ سنة **المرحلة الدراسية:** الصف السادس الابتدائي

الوزن: ٣٥كجم **الطول:** ١٥٠سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(١) ٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليـــوم: ١٨ /١١

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٢ عكر، **في المساء:** ٤ صافي /٧ عكر

٢- التكوين الأسري للطفلة (م)

مسلسل	الصلة بالطفل	السن	المرحلة التعليمية	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٣	متوسط	جيدة	عسكري	٦٢٠٠	
٢	الأم	٣٨	ابتدائي	جيدة	ربة منزل	—	
٣	الطفلة نفسها	١٢	سادس	مريضة بالسكري	طالبة	—	
٤	الأخت	١٠	رابع ابتدائي	جيدة	طالبة	—	
٥	الأخ	٨	ثاني ابتدائي	جيدة	طالب	—	
٦	الأخت	٥	تمهيدي	جيدة	طالبة		

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة جيدة، والدخل الشهري بالنسبة لعـــدد أفــراد الأسرة متوسط، وإلى حد ما يفي باحتياجات أفراد الأسرة.

٣- خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن التالي:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٥٣) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٧٦) بمستوى متوسط.

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري والإطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع مستمر بنسبة السكر في الدم، كما تعاني من عدم القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، ولا تستطيع الالتزام بالنظام العلاجي، من حيث إجراءات التحاليل، والتقيد بمواعيد ثابتة للوجبات الغذائية، كما أنها تكثر من تناول السكريات، ولا تمارس أي نوع من أنواع الرياضة.

ب/ المشكلات النفسية:

الطفلة في بداية إصابتها بالمرض كانت تشعر بالخجل من معرفة الآخرين بمرضها، وتعاني من ضعف في الإرادة نحو النظام الغذائي للمرض، وتشعر بالحزن والضيق عند حرمانها من الحلوى، كما أنها تعاني من الشعور بالضغط النفسي، نتيجة قيود الالتزام بنظام العلاج، وتتذمر عند مطالبتها بتنفيذ متطلبات العلاج.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة لديها عناد شديد نحو متطلبات العلاج، وتمارس أسلوب السيطرة على إخوتها وأخواتها الأصغر منها سناً، ولديها إلحاح شديد في تنفيذ طلباتها فوراً وفي اللحظة نفسها، وتغيب عن المدرسة عندما لا تحل واجباتها المدرسية، ودائماً تُحمل الأم مسؤولية ارتفاع نسبة السكر بالدم، وتقابل ذلك بالعناد. أما الأب فطالما يستاء من أسلوب معاملتها لإخوتها ويعاملها بقسوة وشدة.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن التالي:

أ/ أهداف التدخل المهني: يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: المعرفة بالمرض وكيفية التعامل مع النظام العلاجي للمرض، وتحقيق التفاعل بين جوانب المعرفة التي حصلت عليها الحالة، وربطها بالأداء الاجتماعي في سلوكيات العلاج من حيث: الانتظام في إجراء التحاليل، وتسجيل النتائج قبل أخذ حقنة الأنسولين، الانتظام في تناول الوجبات بأوقاتها، الانتظام في ممارسة التمارين البدنية، التقليل من تناول الحلويات والسكريات.

كما يهدف التدخل المهني إلى التخفيف من حدة المشكلات النفسية، وخاصة مشكلة العناد وسرعة الانفعال على الإخوة،والعمل على تشجيع الطفلة على الاستمرار في سلوكيات العلاج وجعلها نمطاً من سلوكها اليومي.

كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم والأب على تفهم طبيعة المرض، واستجابات الطفلة النفسية وكيفية التعامل معها لتحقيق الالتزام بالعلاج.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني: استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة ومع أمهاتهن.

وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج، وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- **التعليمات الذاتية:** من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.
- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المنزلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل، تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض (فيلم) لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم:

أساليب معرفية لتزويدها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة

أساليب تعليمية لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية..إلخ. تبعاً لما هو محدد لبرنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في المقابلات الجماعية مع الأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

أبعاد المقياس / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٤٨	٥١	٥٤	١٥٣	مرتفع	جزئي
البعدي	٤١	٤٢	٤٦	١٢٩	متوسط	
الفروق	٧	٩	٨	٢٤		

تشير نتائج الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية للمشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، وأيضاً على جميع الأبعاد الفرعية للمقياس.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج.

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٧٦	متوسط	٩٢	جيد	٣٨	١١٤	١٦	جزئي

تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بسلوكيات العلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم.

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي، من حيث أداء الواجبات المترلية، والاطلاع على سجل نتائج التحليل، وتفاعلها داخل الجماعة، ومن ملاحظات الأم، **اتضح ما يلي:**

- قل لديها عدد مرات ارتفاع نسبة السكر.

- التزمت بالإجراءات العلاجية، كتسجيل النتائج والقيام بالتحليل قبل أخذ حقنة الأنسولين.
- تقيدت بنظام الوجبات الغذائية المحددة، وخففت من تناول السكريات.
- التزمت بمزاولة التمارين البدنية.
- قلت المشاعر النفسية لديها، وخاصة الخجل والحزن على حالتها المرضية، وتفاعلت مع الجماعة، وأقبلت بحماس على ممارسة الكثير من الأنشطة المقدمة في البرنامج.
- تحسنت علاقتها مع الإخوة، وقلت سيطرتها عليهم، واتسمت بالتعاون، كما خف عنادها للأم.
- التزمت بأداء الواجبات المدرسية، وقل غيابها، وتحسن مستواها الدراسي من خلال نتائج الفصل الدراسي.

من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية، ومن ملاحظات الأم، نجد أن هناك اتفاقاً في النتائج على وجود تغيير في سلوكيات الالتزام، واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية، وتحسن في العلاقات مع الإخوة.

الحالة الثانية

١- البيانات الأولية

الاسم: و **السن:** ١١ سنة **المرحلة التعليمية:** الصف الخامس الابتدائي

الوزن: ٣٣ كجم **الطول:** ١٤٢ **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(٣) عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: ٣ مرات في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال **اليوم:** ١٢/٢٢

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٦ عكر، **في المساء:** ٤ صافي /٨ عكر

وعند الارتفاع تأخذ جرعة إضافية من النوع الصافي بمقدار (٣) مل

٢- التكوين الأسري للطفلة (و)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٧	ابتدائي	جيدة	متقاعد	٢٠٠٠	
٢	الأم	٣٩	أمية	جيدة	ربة منزل	ــ	
٣	الأخ	٢١	المعهد المهني	جيدة	موظف	٢٥٠٠	
٤	الأخت	١٧	ثاني ثانوي	جيدة	طالب	ــ	
٥	الأخت	١٥	ثالث متوسط	جيدة	طالبة		
٦	الطفلة نفسها	١٢	سادس	مريضة بالسكري	طالبة		
٧	أخ	٨	–	معاق	طفل	–	مودع بمؤسسة إيوائية بالدمام
٨	أخ	٣	–	جيدة	طفل	–	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات داخل الأسرة جيدة، وتعيش الأسرة أزمة إصابة أحد أطفالها بإعاقة مزدوجة، تتمثل في ضعف عقلي مع شلل رباعي، نتيجة لإصابة الطفل بالتهاب سحائي أثر في جهازه العصبي، وقد اضطرت الأسرة إلى إيداع هذا الطفل بمؤسسة إيوائية بالدمام لرعايته، وتقوم الأم بزيارته كل أسبوعين، كما أثرت إصابة الطفلة بمرض السكري في حالة الأسرة، وسببت حزناً شديداً للأم، والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة أقل من المتوسط، ولكن الأم تستطيع تدبير الأمور عن طريق مساعدة الأقارب.

٣- خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٤٣) بمستوى فوق المتوسط، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٧٠) بمستوى متوسط.

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والإطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع مستمر بنسبة السكر في الدم، وغير منتظمة في إجراءات العلاج، ولا تستطيع الالتزام بالنظام الغذائي، وتميل إلى الإكثار من تناول الحلويات والنشويات، وتمارس الرياضة فقط في حالة ارتفاع نسبة السكر بالدم.

ب/ المشكلات النفسية:

تميل الطفلة إلى الخجل والانطواء وهي قليلة الكلام، وتشعر بالحزن والحسرة لإصابة أخيها بالإعاقة وبعده عنهم، ومما زاد في مدى حالة الحزن لديها إصابتها بالمرض وتحملها عناء السفر لزيارة أخيها، لديها شعور مستمر بالخوف من ارتفاع نسبة السكر بالدم، يظهر على الطفلة التوتر الشديد نحو تنفيذ إجراءات الالتزام بنظام العلاج، وتتذمر عند مطالبتها بتنفيذ بعض المهام المنزلية لمساعدة إخوتها، لديها شعور بالاختلاف عن الإخوة، وتطالب بمعاملة خاصة من الأم مراعاة لحالتها

المرضية، تعاني من اضطراب في النوم وخاصة عند الارتفاع الشديد، لديها أفكار خاطئة نحو الكبار بأنهم لا يشعرون بحالة الصغار المرضى بالسكري وليس بمقدورهم تقديم الرعاية المتطلبة نحو العلاج.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة لديها عناد شديد نحو الإخوة الأكبر سناً منها في المشاركة بمسؤوليات المنزل، لاعتقادها بأنهم لا يهتمون بحالتها المرضية، وتشعر بالخجل من حالتها المرضية، ولا تطلب مساعدة المعلمة عند ظهور بعض الأعراض المرضية، كما أنها تتغيب عن المدرسة بسبب مرافقتها للأم لزيارة شقيقها.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني: يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: المعرفة بالمرض وكيفية التعامل مع النظام العلاجي للمرض، وتغيير سلوكيات الطفلة في الالتزام العلاجي لتحقيق التفاعل بين جوانب المعرفة التي حصلت عليها في سلوكيات العلاج. من حيث: - الانتظام في إجراء التحاليل وتسجيل النتائج قبل أخذ حقنة الأنسولين - الانتظام في تناول الوجبات بأوقاتها - الانتظام في ممارسة التمارين البدنية - التقليل من تناول الحلويات والسكريات.

كما يهدف التدخل المهني إلى التخفيف من حدة المشاعر النفسية، وخاصة الخجل والانطواء والحزن، والعمل على تشجيع الطفلة للتفاعل مع المجموعة في البرنامج، وتشجيعها على مساعدة إخوتها، وتدعيم علاقتها بإخوتها.

كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم على تفهم طبيعة المرض، واستجابات الطفلة النفسية، واحتياجاتها العلاجية، وتعديل سلوكياتها داخل الأسرة، وخاصة نحو الالتزام بمواعيد الأكل.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني: استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة ومع أمهاتهن، **وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:**

- أسلوب إعادة البناء المعرفي: من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج، وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- التعليمات الذاتية: من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.
- الأساليب التدعيمية: لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- الواجبات المترلية: لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- النمذجة: عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- لعب الدور: لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم: أساليب معرفية لإمدادها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة

أساليب تعليمية، لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية، تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في المقابلات الجماعية مع الأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية
والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

أبعاد المقياس القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٤٣	٤٨	٥٢	١٤٣	فوق المتوسط	جزئي
البعدي	٣٦	٤٠	٤٦	١٢٢	متوسط	
الفروق	٧	٧	٦	٢٢		

يشير الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك على جميع الأبعاد الفرعية .

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٧٠	متوسط	٨٥	جيد	٣٨	١١٤	١٥	جزئي

يشير الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام العلاجي.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة، والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المترلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة، **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- قلت مرات ارتفاع السكر بالدم كما يشير إليها السجل الطبي لتسجيل نتائج القياس.

- الالتزام بالإجراءات العلاجية من حيث مواعيد الحقن والتسجيل.
- التزام بمواعيد الوجبات الغذائية بمساعدة الأم، وجعله نظام للأسرة ككل.
- التزمت بممارسة الرياضة بعد أن كانت لا تمارسها إلا في حالة ارتفاع السكر لديها.
- قلت المشاعر النفسية من الخجل والانطواء والحزن، وبدأت تتفاعل مع الجماعة وتشارك معهم في الأنشطة، وتكونت علاقة طيبة معهم مع ظهور الكثير من مظاهر التعاون أثناء ممارسة النشاط.
- خف التوتر لديها نحو إجراءات العلاج، والتزمت بالمواعيد حسب ملاحظات الأم.
- تحسن العلاقات الاجتماعية عموماً مع الإخوة، كما قلت مظاهر استغلال المرض للحصول على معاملة خاصة من قبل الأم، وبدأت تساهم مع إخوانها في أداء المسؤوليات المترلية.
- من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية ومن ملاحظات الأم نجد أن هناك اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغييراً في سلوكيات الالتزام بالعلاج، واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية، وتحسن في العلاقات مع الأخوات.

الحالة الثالثة

١- البيانات الأولية

الاسم: م السن: ١١ سنة **المرحلة الدراسية:** الصف الخامس الابتدائي

الوزن: ٣٥كجم **الطول:** ١٤٥سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(٧)عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم - إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم: ٢٠ /١٠

توزيع الجرعة في الصباح: ٨ صافي / ١٢ عكر، **في المساء:** ٤ صافي /٦ عكر

تأخذ جرعة إضافية بمقدار(٣) مل عند الارتفاع الحاد لنسبة السكر في الدم.

٢- التكوين الأسري للطفلة (م)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٣٩	ثانوي	جيدة	عسكري	٩٠٠٠	
٢	الأم	٣٤	جامعية	جيدة	موظفة	١٥٠٠	
٣	الطفلة نفسها	١١	خامس ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة	—	
٤	الأخ	٨	ثاني ابتدائي	جيدة	طالب	—	
٥	الأخ	٦	تمهيدي	جيدة	طفل		

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة جيدة، والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة كافٍ. ويفي باحتياجات أفراد الأسرة، ومن الواضح أن مرض الطفلة أثر في الأم، فأصبحت كثيرة الاهتمام والحرص الشديد على الطفلة، وتوليها مسؤوليات العلاج بنفسها بحرص ودقة، مما ولد لدى الطفلة الشعور بالمرض، وجعلها عنيدة وتنفر من العلاج وإجراءاته العلاجية، وتنشغل باللعب هروباً من رعاية الأم الزائدة. وبالنسبة للأب فهو تارك المسؤولية على الأم، وليس له دخل في إجراءات العلاج، ولكن علاقته بابنته جيدة، وعلاقة الطفلة بإخوتها جيدة.

٣- خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٦٠) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٧١) بمستوى متوسط.

– **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع مستمر لنسبة السكر في الدم، وتشعر بالارتفاع في الليل، حيث تزداد لديها مرات التبول، ولا تستطيع حقن نفسها بالأنسولين أو إجراء اختبار لقياس نسبة السكر في الدم، أو تسجيل نتائج القياسات، وليس لديها القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، وتمارس اللعب بشكل مستمر، دون الاهتمام بالتغذية المطلوبة لنظام علاج مرض السكري.

ب/ المشكلات النفسية:

يظهر على الطفلة الخجل من الأشخاص غير مقربين منها، وتتصف شخصيتها بالهدوء وقلة الكلام، وتعاني الطفلة من الشعور بالاختلاف عن الآخرين، وتشعر بالحزن والضيق على حالتها المرضية، وخصوصاً عند حرمانها من اللعب، لديها خوف شديد من وخز الحقنة وتميل إلى العصبية، وتتذمر عندما تقوم الأم بإلزامها بأداء مهام العلاج، كما تعاني من اضطرابات في النوم، وتلجأ إلى مشاهدة التلفزيون عندما تصاب بالقلق.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

انعكس اهتمام الأم وقلقها الشديد على ابنتها بتنفيذ كافة إجـراءات العـلاج بدقة وصرامة دون مشاركة الطفلة لمسؤوليات العلاج على تقبلها لمهام العـلاج، حيث أصبحت الطفلة تشعر بالضيق والتذمر والملل مـن اهتمـام الأم بمتطلبـات العلاج، وقد أدى تحمل الأم لجميع مسؤوليات العلاج إلى اعتمادية الطفلة عليهـا، كما أدى خوف الأم الشديد على الطفلة إلى اتصالها المباشر بمعلماتها وتـوجيههن للاهتمام بحالتها الصحية مما أشعر الطفلة باختلافها عن أقرانها.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن التالي:

أ/ أهداف التدخل المهني: يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى التخفيف مـن حدة مشاعر الخوف من وخز الإبرة والتذمر من العلاج، لتحقيق التفاعـل بـين جوانب المعرفة التي حصلت عليها الحالة، وربطها بالأداء الاجتماعي لـسلوكيات العلاج.

من حيث: الانتظام في إجراء التحاليل، وتسجيل النتائج قبـل أخـذ حقنـة الأنسولين – الانتظام في تناول الوجبات بأوقاتها – تناول وجبات خفيفـة قبـل ممارسة اللعب. كما يهدف التدخل المهني إلى التخفيف من الاعتمادية علـى الأم، والتقليل من شعور الخوف من الحقنة، وتـشجيع الطفلـة علـى المـشاركة في مسؤوليات العلاج، والاستمرار في سلوكيات العلاج المكتسبة من برنامج التأهيـل الاجتماعي وجعلها نمطاً في سلوكها اليومي.

كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم على تفهـم اسـتجابات الطفلـة النفسية، وكيفية التعامل معها لتحقيق الالتزام بالعلاج، وذلك للتخفيف من الحرص الزائد، وتدريب الأم على التدرج في تحويل مسؤوليات العلاج إلى الطفلة.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني: استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:

مع الطفلة:

- أسلوب إعادة البناء المعرفي: من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج، وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- التعليمات الذاتية: من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.
- الأساليب التدعيمية: لتدعيم السلوكيات الجيدة، والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- الواجبات المترلية: لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- النمذجة: عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- لعب الدور: لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم: أساليب معرفية لمساعدتها في التدرج بتحويل المسؤوليات للطفلة، ومشاركتها بمهام العلاج، دون إشعارها بالضغط والإذعان للعلاج، وأساليب تعليمية لتعليمها السعرات الحرارية الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها..إلخ. تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في المقابلات الجماعية مع الأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي للمشكلات الطبية

والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

الأبعاد القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٥١	٥٣	٥٦	١٦٠	مرتفع	جزئي
البعدي	٣٨	٣٩	٤٥	١٢٢	متوسط	
الفروق	١٣	١٤	١١	٣٨		

تشير نتائج الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك جميع الأبعاد الفرعية.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٧١	متوسط	٩٦	ممتاز	٣٨	١١٤	٢٥	جزئي

تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بالعلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم، من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة، والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المنزلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة، ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:

- قلت عدد مرات ارتفاع السكر لديها كما يشير السجل الطبي.

- تحسن الاهتمام بنوعية الغذاء والانتظام بمواعيده من تسجيل الواجبات المترلية.
- التزام بالإجراءات العلاجية من حقن وإجراء التحاليل، وتسجيل القياسات، كانت من البداية من مسؤوليات الأم ولكن تغير ذلك وأصبحت الطفلة تقوم بمعظم هذه المسؤوليات بنفسها تحت إشراف الأم.
- قلت بدرجة كبيرة مظاهر الخجل والانطواء لديها وبدأت تندمج مع المجموعة وتتفاعل مع الأنشطة وتساهم فيها.
- قلت مظاهر التذمر من الإجراءات العلاجية والخوف من وخز الإبرة.
- تغيرت إلى حد ما درجة خوف وقلق الأم الشديد على الطفلة الذي كان يدفعها إلى أداء جميع إجراءات العلاج بنفسها واستجابت من تدخلها وبدأت تحمل الطفلة الكثير من مسؤوليات العلاج.
- من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية ومن ملاحظات الأم، نجد أن هناك اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغيراً في سلوك الالتزام واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية. وتحمل الطفلة لبعض مسؤوليات العلاج.

الحالة الرابعة

١- البيانات الأولية

الاسم: س **السن:** ١٢ سنة **المرحلة الدراسية:** الصف السادس الابتدائي

الوزن: ٣٧كجم **الطول:** ١٥٠سم **تاريخ تشخيص المرض:**شهر(٤) عام ٢٠٠٣م.

عدد مرات أخذ الأنسولين:٣ مرات في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم٢٢ /١٦

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٦ عكر، **في المساء:** ٦ صافي /١٠ عكر

تأخذ جرعة إضافية عند الارتفاع بمقدار(٣) مل.

٢- التكوين الأسري للطفلة (س)

مسلسل	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٣	المرحلة المتوسطة	جيدة	موظف	٤٥٠٠	
٢	الأم	٣٥	تقرأ وتكتب	جيدة	ربة منزل	—	
٣	الجدة	٦٥	أمية	جيدة	—	—	والدة الأب
٤	الأخ	١٥	ثالث متوسط	جيدة	طالب	—	
٥	الأخت	١٤	ثاني متوسط	جيدة	طالبة		
٦	الطفلة نفسها	١٢	سادس ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة		
٧	أخت	١٠	رابع ابتدائي	جيدة	طالبة		
٨	أخ	٧	أولى ابتدائي	جيدة	طالب		

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة جيدة، وازدادت تماسكاً بمرض الابنة، حيث تلقى رعاية ومساندة من الأم والجدة، العلاقة بين الإخوة جيدة، والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة متوسط وإلى حد ما يفي باحتياجات أفراد الأسرة.

٣- خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٥٤) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٥٢) بمستوى ضعيف.

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والإطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الأبعاد التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع حاد بنسبة السكر في الدم، ولا تستطيع الانتظام في النظام العلاجي لا من حيث التقيد بمواعيد ثابتة لجرعة الأنسولين أو للوجبات الغذائية، ولا الاهتمام بتسجيل نتائج التحاليل في السجل الخاص بها، كما أنها تسرف في تناول السكريات، ولا تمارس الرياضة بصفة مستمرة.

ب/ المشكلات النفسية:

تعاني الطفلة من الشعور بالقلق ولديها وساوس نحو التأكد من نسبة السكر، حيث تجري الاختبار عدة مرات دون الاهتمام بتسجيل النتيجة، وتكتفي بالقراءة البصرية للقياس، وتشعر بالحزن الشديد على حالتها، وترغب بالإقامة في المستشفى حيث التقيد بمواعيد ثابتة للتغذية والعلاج وثبات نسبة السكر لديها.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة تخاف من النوم بمفردها، مما يضطرها إلى النوم مع جدتها، وعندما يرتفع السكر عندها تلقي اللوم على الأم وتُحملها المسؤولية في عدم التزامها بنوعية الطعام.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني

يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى إحداث تغيير في المحتوى المعرفي الخاص بالمرض وإجراءاته العلاجية، وتزويدها بالمعلومات الضرورية عن المرض، وأهمية المحافظة على مستوى نسبة السكر بالدم، والتقليل من الشعور بالقلق والوسوسة نحو كثرة الوخز للتعرف على نسبة السكر، وتعليمها سلوكيات الالتزام وإكمال إجراءات القياس للتعرف على الكيتونات.

كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم في التنوع بالطعام وإمدادها بمعلومات عن التغذية، وإعداد أطعمة سريعة وقليلة السعرات، وتحتوي على المكونات الرئيسة للغذاء الصحي.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني

استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- **التعليمات الذاتية:** من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.

- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة، والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المنزلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمرض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم: أساليب معرفية لتزويدها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، نماذج تعليمية عن المعلومات الضرورية للغذاء والدواء والرياضة وكيفية توزيع الطعام في مجموعات غذائية..إلخ. تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في الاجتماعات الجماعية مع الأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

أبعاد / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٤٩	٥٢	٥٣	١٥٤	مرتفع	جزئي
البعدي	٤٣	٤٢	٤٥	١٣٠	فوق المتوسط	
الفروق	٧	١٠	٨	٢٤		

تشير نتائج الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك جميع الأبعاد الفرعية.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٥٢	ضعيف	٧٤	متوسط	٣٨	١١٤	٢٢	جزئي

تشير نتائج الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بالعلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المترلية – والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- قلت بدرجة كبيرة عدد مرات ارتفاع السكر، وتشير نتائج التحليل أن نسبة السكر أقرب إلى المعدل الطبيعي، وتستمر لفترات طويلة.
- الالتزام بالإجراءات العلاجية جيد من الطفلة، من حيث الحقن وتسجيل النتائج وتقوم بأداء هذه المسؤوليات بنفسها.
- حريصة على الوجبات الغذائية ونوعها، وتشارك الأم في الإعداد لهذه الوجبات.
- تمارس الرياضة بصفة منتظمة.
- خفت المشاعر النفسية لديها بصفة عامة، وخاصة المخاوف والوساوس التي كانت تتعلق بإجراء التحاليل لعدد مرات كثيرة في اليوم لمجرد الاطمئنان على عدم ارتفاع السكر.

- تفاعلت مع الجماعة، وأخذت دور القيادة والتوجيه للكثير من زميلاتها في البرنامج بروح من التعاطف والتعاون.
- شاركت في الإعداد لبعض اللوحات الإيضاحية للمعلومات الطبية التي تقدم في البرنامج، كما تحدثت عن مشاعرها وأحاسيسها تجاه المرض بكتابة أبيات من الشعر. وشاركت في فقرات البرنامج الختامي.
- ازدادت العلاقة قرباً بين الطفلة والأم مع وجود نوع من التعاطف والتساند والمشاركة، وقل إلقاء اللوم على الأم من ناحية نوع التغذية وأنها السبب في حالات الارتفاع في السكر لديها.

من نتائج كل من المقياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية، ومن ملاحظات الأم نجد أن هناك اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغيراً في سلوكيات العلاج واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية وفاعلية الطفلة وحرصها على أداء المهام العلاجية بنفسها.

الحالة الخامسة

١- البيانات الأولية

الاسم: ن **السن:** ١٠ سنوات **المرحلة التعليمية:** الصف الرابع الابتدائي

الوزن: ٢٩ كجم **الطول:** ١٢٥ سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(٩) عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم١٠ /٨

توزيع الجرعة في الصباح: ٢ صافي / ٨ عكر، **في المساء:** ٢ صافي /٦ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (ن)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٤	متوسط	جيدة	موظف	٦٥٠٠	متزوج بأخرى ولديه طفلان منها
٢	الأم	٣٧	متوسط	جيدة	ربة منزل	—	
٣	الطفلة نفسها	١١	خامس ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة	—	
٤	الأخت	٨	ثاني ابتدائي	جيدة			
٥	الأخ	٦	–	جيدة	طفل	—	
٦	الأخ	٤	–	جيدة	طفل	—	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية داخل الأسرة متوترة، بسبب ارتباط الزوج بزوجة ثانية وإهماله للأسرة والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة أقل من المتوسط، وقد أثر ذلك رعاية الطفلة المريضة، لعدم الاهتمام بحالتها المرضية/ وعدم الحر ص على تغذيتها السليمة، وذلك بسبب الخلافات المستمرة بين الوالدين، وتفضيل الزوج للزوجة الثانية.

٣- خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

– **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٤٥) بمستوى فوق المتوسط، و على دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٤٨) بمستوى ضعيف.

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات الفردية مع مثقفة السكري، والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، **وتمثلت هذه المظاهر في الأبعاد التالية:**

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من عدم السيطرة على نسبة السكر في الدم، حيث تتعرض إلى انخفاض يعاوده ارتفاع مستمر بنسبة السكر في الدم، وليس لديها التزام بمواعيد المراجعة للعيادة، كما أنها لا تستطيع إكمال إجراءات التحاليل، ولا تتقيد بمواعيد ثابتة للإجراءات العلاجية ولا للوجبات الغذائية، وتتناول مأكولات غير صحية.

ب/ المشكلات النفسية:

تعاني الطفلة من الشعور بالغيرة من إخوتها من أبيها، وتشعر بالحزن والضيق لعدم تواجده معهم باستمرار في المنزل، ولديها مشاعر سلبية نحو إجراءات العلاج نتيجة عدم الاهتمام بها.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

اضطراب في العلاقات داخل الأسرة، وعدم الشعور بالأمان سواء من ناحية الأم أم الأبناء، كما أن كثرة الخلافات الزوجية قد انعكست على استجابات الأم والطفلة نحو العلاج، وأدى هذا إلى شعور الطفلة بالإحباط والإهمال لها. وانعكس على استجاباتها للعلاج وإجراءاته العلاجية، وقد تأثر أداؤها الدراسي بسبب تعرضها لأعراض المضاعفات الحادة للمرض، مما عرضها لكثرة الغياب، وقد

انعكس انشغال الأم بمشاكلها مع الزوج على اهتمامها بالطفلة وأدائها الدراسي، بالإضافة إلى عدم الاهتمام بمواعيد المستشفى الخاصة بمتابعة الطفلة للكشف الدوري عليها.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني

يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: المعرفة بالمرض وكيفية التعامل مع النظام العلاجي للمرض، وتحقيق التفاعل بين جوانب المعرفة التي حصلت عليها الحالة، وربطها بالأداء الاجتماعي في سلوكيات العلاج. **من حيث:**

- الانتظام في إجراء التحاليل وتسجيل النتائج قبل أخذ حقنة الأنسولين.
- الانتظام في تناول الوجبات بأوقاتها - الانتظام في ممارسة التمارين البدنية.
- التقليل من تناول الحلويات والسكريات.

كما يهدف التدخل المهني إلى التخفيف من حدة المشكلات النفسية، وخاصة مشاعر الغيرة والسلبية والعناد نحو متطلبات العلاج، تدعيم الطفلة ومساعدتها على تقبل وتحمل الوضع الأسري. وتشجيعها على تنفيذ سلوكيات العلاج وجعلها نمطاً في حياتها. كما يهدف التدخل المهني إلى تعديل سلوكيات الأم للتقليل من المشاجرات الأسرية أمام الطفلة، ومساعدة الأم على إدراك وتفهم أثر تلك الخلافات في حالة الطفلة الانفعالية والصحية.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني

استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، **وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:**

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.

- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المنزلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم:

أساليب معرفية لإمدادها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة.

أساليب تعليمية لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية..إلخ. تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في الاجتماعات الجماعية للأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

الأبعاد / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٥٤	٤٢	٤٩	١٤٥	فوق المتوسط	لا يوجد
البعدي	٤٣	٣٨	٤٤	١٢٥	فوق المتوسط	
الفروق	١١	٤	٥	٢٠		

تشير بيانات الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية للمشكلات، وكـذلك على جميع الأبعاد الفرعية، إلا أن هذا الانخفاض يعد قليلاً بفارق ٢٠ د رجة.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٤٨	ضعيف	٦١	متوسط	٣٨	١١٤	١٣	جزئي

تشير بيانات الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، إلا أن هذا ارتفاع يعد قليلاً بفارق ١٣ درجة.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المنزلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- مظاهر التغير في سلوكيات العلاج كانت أقل من المعدل عن باقي الحالات، وذلك يرجع إلى الضغوط والمشكلات الأسرية، وعدم انتظام الطفلة على الاجتماعات وتغيبها وعدم حضور مواعيد المراجعة الطبية.
- بدأ الاهتمام بمواعيد الحقن وتسجيل النتائج بعد جهود من الباحثة لمقابلة الأب وتوضيح أهمية المراجعة الطبية.
- بحضور الطفلة للاجتماعات وتفاعلها مع المجموعة، خفت لديها الكثير من مشاعر الخجل والشعور بالاختلاف عن الآخرين، وبدأت تشعر بذاتها، وخاصة عندما دعمتها الباحثة وشجعتها على تحمل مسؤوليات في البرنامج، حيث أقبلت عليها بحماس.

- ما زال لا يوجد في الأسرة نظام غذائي محدد للطفلة وإن كان تحسن ذلك بعد مساعدة الباحثة للأم واستفادها من الاجتماعات الجماعية مع الأمهات، ومطالبة الطفلة الأم بالالتزام بإعداد الطعام ومساعدها في ذلك.
- مازالت العلاقات الاجتماعية في الأسرة متوترة، وتعاني من مشاكل اقتصادية تنعكس على التزام الطفلة بالإجراءات العلاجية.
- من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية ومن ملاحظات الأم نجد اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغييراً ولكن مستوى التغير مازال محدداً وخاصة في سلوكيات الالتزام العلاجي والمشكلات الاجتماعية.

الحالة السادسة

١- البيانات الأولية

الاسم: أ **السن:** ١٠ سنوات **المرحلة التعليمية:** الصف الرابع الابتدائي

الوزن:٢٨كجم **الطول:** ١٣٣سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر (٨) عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم:١٦ /١١

توزيع الجرعة في الصباح: ٤ صافي / ١٢ عكر، **في المساء:** ٣ صافي /٨ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (أ)

مسلسل	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٧	متوسط	سليم	عسكري	٦٠٠٠	
٢	الأم	٣٨	ابتدائي	سليمة	ربة منزل	ــ	
٣	الطفلة نفسها	١٠	رابع ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة	ــ	
٤	الأخ	٨	ثاني ابتدائي	سليم	طالب	ــ	
٥	الأخت	٥	تمهيدي	سليمة	طالبة	ــ	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة جيدة، والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة متوسط وإلى حد ما يفي باحتياجات أفراد الأسرة.

خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٦١) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٥٥) بمستوى ضعيف.

مظاهر المشكلات: وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من انخفاض حاد ومستمر بنسبة السكر في الدم، حيث تعرضت ٧ مرات لغيبوبة السكري، كما تعاني من عدم القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، وتعاني من قلة الشهية وعدم الانتظام في تناول الوجبات الغذائية، كما تعاني من عدم الالتزام بالإجراءات العلاجية من حيث الحقن أو تسجيل نتائج نسبة السكر بالدم. ولديها نشاط زائد وإكثار من اللعب.

ب/ المشكلات النفسية:

الطفلة لديها تجاهل شديد للمرض وإجراءاته العلاجية، نتيجة لنشاطها الزائد وانشغالها باللعب.

وتعاني من الشعور بالخوف من أخذ الحقن بنفسها، وتتولد لديها مشاعر حزن وخوف من المرض نتيجة لتكرار حالات الغيبوبة لديها، كما أن لديها اعتقادات خاطئة بأن الغيبوبة تسبب التخلف العقلي.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة لديها تجاهل وعدم وعي بالمرض وإجراءاته العلاجية، والأم لديها الكثير من المخاوف والقلق خاصة من انخفاض السكر المستمر لدى الطفلة، وقد انعكس ذلك في قيام الأم بجميع مسؤوليات العلاج. أدت العناية الزائدة من الأم تجاه مرض الابنة إلى ظهور العناد، وعدم الالتزام من الطفلة بالعلاج، كما أن قلق الأم الشديد على الابنة جعلها تحرص على إيقاظ الطفلة من النوم للاطمئنان عليها بواسطة إجراء التحاليل لاختبار نسبة السكر بالدم.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني

يهدف التدخل المهني إلى تدعيم الطفلة، وتشجيعها على الاستفادة من المعلومات الطبية المتعلقة بالمرض وإجراءاته العلاجية، لإكسابها السلوكيات المرغوبة في العلاج (من حيث الحقن، التحاليل،التغذية،النشاط والحركة) وذلك لإحداث تغيير في المحتوى المعرفي. كما يهدف إلى تدعيم الطفلة وتشجيعها على الاستفادة من الجانب المعرفي عن المرض ومساعدتها على اكتساب السلوكيات المتعلقة بالعلاج، وتوجيه النشاط الزائد لدى الطفلة من خلال البرنامج بتحميلها بعض

المسؤوليات في الإعداد لجلسات البرنامج (المكان ،التنظيم ،....إلخ) لمساعدة الطفلة على التركيز في جلسات البرنامج للاستفادة من المعلومات المقدمة.

كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم على التعبير عن مشاعرها تجاه مرض الابنة، والعمل على التقليل من قلقها على حالة ابنتها، وتعديل سلوكياتها تجاه العلاج ومساعدتها في التدرج على تحميل الطفلة لمسؤوليات العلاج.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني

استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، **وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:**

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- **التعليمات الذاتية:** من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.
- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المنزلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.

- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم:

أساليب معرفية لإمدادها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة.

أساليب تعليمية لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية..إلخ. تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في الاجتماعات الجماعية مع الأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

الأبعاد / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٥٢	٥٧	٥٢	١٦١	مرتفع	جزئي
البعدي	٣٣	٤٢	٤٣	١١٨	متوسط	
الفروق	١٩	١٥	٩	٤٣		

تشير بيانات الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك انخفاض درجات الأبعاد الفرعية للمقياس.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التعديل
٥٥	ضعيف	٧٣	متوسط	٣٨	١١٤	١٨	جزئي

تشير بيانات الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بالعلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المنزلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- قلت عدد مرات انخفاض نسبة السكر بالدم، ولكن ما زال يعاودها الانخفاض عن المستوى الأقرب للطبيعي في معظم الأحيان.
- تعرضت الطفلة لغيبوبة السكر عدة أدخلت على أثرها المستشفى قبل التحاقها بالبرنامج، ومع التقيد بمواعيد الجلسات، ومساعدة الأم للطفلة في تنفيذ الإجراءات العلاجية، والتغيير في سلوك الطفلة، وتناول الوجبات الغذائية بضغط من الأم، حيث إنها كانت لا تهتم بالوجبات، وغالباً ما تتناول وجبات قليلة، انعكس على حالتها الصحية.
- بدأت في الالتزام بمواعيد الحقن وتسجيل النتائج، ولكن بمساعدة وتذكير من الأم، وتشجيع من الباحثة، لاعتمادها على نفسها في هذه الإجراءات لسلوكيات العلاج.
- الاطلاع على سجلها الخاص، وتوجيه اللوم إذا وجد تقصير في التسجيل لنتائج قياس نسبة السكر بالدم، والتشجيع عند الالتزام.
- استغلت الباحثة النشاط الزائد لدى الطفلة، في توجيه النشاط إلى الجماعة، وتحميلها مسؤوليات في الاجتماعات الجماعية، وتشجيعها على استيعاب المعرفة بالمرض وإجراءاته، بالتركيز على مراجعة الواجبات المنزلية الخاصة بها، وتشجيعها وتدعيمها على اكتساب المهارات اللازمة لسلوكيات العلاج.

من نتائج القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية، ومن ملاحظات الأم نجد اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغيراً في سلوكيات الالتزام، واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية، وتحسن في العلاقات مع الأم.

الحالة السابعة

١- البيانات الأولية

الاسم: هـ **السن:** ١٠ سنوات **المرحلة التعليمية:** الرابع الابتدائي

الوزن:٢٦كجم **الطول:**١٣٥ سم **تاريخ تشخيص المرض:**شهر(٩) عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم: ١٢ /١١

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ٩ عكر، **في المساء:** ٣ صافي /٨ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (هـ)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٩	متوسط	مريض بالسكر	متقاعد	٥٥٠٠	المرض منذ عدة سنوات
٢	الأم	٣٣	ثاني جامعي	جيدة	—	—	تدرس انتساب
٣	الطفلة نفسها	١٠	رابع ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة		
٤	الأخ	١٤	ثاني متوسط	جيدة	طالب	—	
٥	الأخ	١٢	سادس ابتدائي	جيدة	طالب		
٦	الأخ	٧	أولى ابتدائي	جيدة	طالب	—	
٧	الأخت	٣	حضانة	جيدة	طفلة	—	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات في الأسرة جيدة، ولدى الأسرة خبرة عن مرض السكر، حيث إن الوالد مصاب بالسكري منذ عدة سنوات، وقد عادت الأم إلى الدراسة عن طريق الانتساب للجامعة لتكملة دراستها ولديها طموح لرفع مستوى الأسرة، ومرض الابنة قد جدد مشاعر الأسرة بالألم تجاه إصابتها بمرض السكري، ويظهر على الأم الحزن نتيجة إصابة ابنتها، تحملت الأم أعباء الأسرة نظراً لمرض الأب، وهي مشغولة دائماً بتلبية احتياجاهم، وزاد من مشغوليتها مرض الابنة ومسؤوليات العناية الطبية بها.

خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

– **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي **ما يلي:**

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٤٧) بمستوى فوق المتوسط، و على دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٦٢) بمستوى متوسط.

– **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، **وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:**

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من انخفاض في معدل السكر بالدم، كما أنها تعاني من الإقلال في الوجبات الغذائية، ولا تكمل إجراءات القياس لنسبة السكر بالدم.

ب/ المشكلات النفسية:

تميل الطفلة إلى الانطواء والحزن لحالتها المرضية، ولديها وساوس نحو الأكل، حيث تنتابها مشاعر الخوف من ارتفاع معدل السكر بالدم، وتلجأ إلى عدم تناول الوجبات والتقليل من كميتها. كما أنها سلبية تجاه مسؤوليات العلاج وتتولاها عنها الأم.

معايشة الطفلة للوالد المريض بالسكري، وخوف الأسرة عليه من المضاعفات نتيجة عدم التزامه بالحمية الغذائية، ولدى الطفلة مشاعر الخوف من تناول الوجبات بانتظام مع الحقن بجرعات الأنسولين، وأثر ذلك في حالتها المرضية، وخاصة تكرار حالات انخفاض السكر لديها.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة خجولة وهادئة ولديها حساسية زائدة، وتحظى برعاية واهتمام من قبل الوالدين لمرضها، مما ولد مشاعر الغيرة لدى إخوتها. ويشغل اللعب حيزاً من نشاطها، وتفضل الألعاب التي تمارسها بمفردها بعيداً عن إخوالها.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني

يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى إحداث تغيير في المحتوى المعرفي للمرض وإجراءاته العلاجية. وإمدادها بمعلومات عن أهمية التغذية في العلاج، وكيفية إحداث التوازن بين الدواء والغذاء. كما يهدف إلى تشجيع الطفلة على التعبير عن مشاعرها تجاه المرض والتقليل من حزنها ومخاوفها من خبرتها السابقة الأليمة بإصابة الأب بالمرض. وتشجيعها على الاستمرار في سلوكيات العلاج، وجعلها نمطاً في سلوكها اليومي في حياتها، ومساعدتها على الاندماج مع زميلاتها في البرنامج للتقليل من عزلتها وانطوائها. كما يهدف التدخل المهني إلى مساعدة الأم على تفهم مشاعر الابنة تجاه المرض وتعديل في سلوكها تجاه أهمية الالتزام بإجراءات العلاج،

وخاصة المتعلقة بنوعية الغذاء والالتزام بمواعيده ومساعدتها على التدرج في تحميل الطفلة لمسؤوليات العلاج.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني

استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- **التعليمات الذاتية:** من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.
- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المنزلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم:

أساليب معرفية لإمدادها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة.

أساليب تعليمية لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية..إلخ. تبعاً لما محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في الاجتماعات الجماعية للأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات

الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

الأبعاد / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٤٩	٤٩	٤٩	١٤٧	فوق المتوسط	جزئي
البعدي	٤١	٤١	٤٧	١٢٩	فوق المتوسط	
الفروق	٩	٨	٢	١٨		

تشير بيانات الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك انخفاض ضئيل على درجات الأبعاد الفرعية للمقياس، وهذا جعل مستوى التعديل لم يتغير.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة للالتزام بسلوكيات العلاج الطبي

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التحسن
٦٢	متوسط	٧٦	جيد	٣٨	١١٤	١٦	جزئي

تشير بيانات الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بالعلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط، وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المترلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- قلت عدد مرات ارتفاع السكر لديها، وإن كانت ما تزال تعاني من الارتفاع في أغلب الأحيان.
- تغير سلوك الطفلة من ناحية الغذاء، حيث كانت تقلل من كمية الوجبات وعددها، خوفاً من حدوث الارتفاع في نسبة السكر، وبدأت تلتزم بالوجبات الغذائية الصحية.
- تغير سلوك الطفلة، حيث بدأت في أخذ الحقن وكتابة النتائج على سجلها الخاص بنتائج نسبة السكر.
- تعدلت الكثير من الأفكار الخاطئة نحو التغذية، وبدأت تتناول الوجبات الرئيسة والخفيفة.
- قلت مشاعر الخجل والانطواء والوساوس نحو الأكل، وتفاعلت مع الجماعة من خلال مشاركتها في الكثير من الأنشطة.
- ساعدت الباحثة الطفلة والأم على قبول المرض للطفلة، وقللت من مشاعر الحزن تجاه إصابة الأب بالسكري، التي تزايدت بإصابة الطفلة عن طريق مساعدتهم على التعبير عن مشاعرهما، ووضع خطة للنظام الغذائي في الأسرة، تساعدهم على ضبط نسبة السكر بالدم.

من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية، ومن ملاحظات الأم نجد اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغييراً في سلوك الالتزام، واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية، وإن كان التغيير ما زال محدوداً.

الحالة الثامنة

١- البيانات الأولية

الاسم: م **السن:** ١٢ سنة **المرحلة التعليمية:** السادس الابتدائي.

الوزن: ٤٨كجم **الطول:** ١٣٩سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(١٠)

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم: ٢١ /١٤

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٥ عكر، **في المساء:** ٥ صافي /٩ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (م)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٩	ابتدائي	جيدة	عسكري	٤٥٠٠	
٢	الأم	٤٥	أمية	جيدة	ربة منزل	ـــ	
٣	الطفلة نفسها	١٢	سادس ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة		
٤	الأخ	١٦	ثالث متوسط	جيدة	طالب		
٧	الأخت	١٤	ثاني متوسط	جيدة	طالب	ـــ	
٨	الأخت	٨	ثاني ابتدائي	جيدة	طالبة	ـــ	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة عادية، إلا أن هناك مشاجرات بين الوالدين بسبب تعرض الطفلة لغيبوبة السكري لارتفاع الكيتونات وإدخالها مرتين للمستشفى.

خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي **ما يلي:**

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٥٥) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (٧٤) بمستوى متوسط.

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع معدل السكر في معظم الأوقات مع انخفاض في معدل السكر في بعض الأوقات، وقد أصيبت بغيبوبة السكري نتيجة الارتفاع، كما تعاني من عدم القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، وتعاني من عدم الالتزام بالنظام الغذائي، وتميل إلى الإكثار من تناول السكريات، وتمارس الرياضة عند شعورها بارتفاع نسبة السكر بالدم.

ب/ المشكلات النفسية:

تعاني الطفلة من مشاعر الخوف والحزن والقلق على حالتها المرضية،كما أنها تعاني من الشعور بالاختلاف عن الآخرين، ولديها اضطرابات في النوم وأحلام مزعجة، وكثرة البكاء في الليل عند النوم، ويظهر عليها مظاهر القلق بقضم أظافرها.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

اضطراب في العلاقات الاجتماعية في الأسرة مع نقص واضح في الموارد المالية، انعكس على جميع أعضاء الأسرة، مما أدى إلى عدم الاهتمام بسلوكيات العلاج.

المدرسة راعت حالة الطفلة المريضة وظروفها الاقتصادية وساعدتها في توفير وجبة غذائية مجانية لمرضى السكري تقدم لها في المدرسة.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني وتتضمن:

أ/ أهداف التدخل المهني

يهدف التدخل المهني مع الحالة إلى تدعيم الطفلة للتخفيف من الضغوط النفسية لديها من المرض وتأثير الظروف الأسرية والاقتصادية فيها، ومساعدتها على الالتزام بالإجراءات العلاجية وتحمل مسؤوليات العلاج.

كما يهدف إلى مساعدة الأم على تفهم مشاعر الطفلة تجاه المرض وتأثير المشكلات الأسرية في حالتها النفسية ومرضها، وإدراك أهمية الالتزام بالإجراءات العلاجية.

ب/ الأساليب العلاجية للتدخل المهني

استخدمت الباحثة مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي أثناء تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي مع حالات الدراسة، **وتضمنت هذه الأساليب ما يلي:**

مع الطفلة:

- **أسلوب إعادة البناء المعرفي:** من خلال محتويات البرنامج المتضمنة العناصر المعرفية للعلاج وإدراك المهام المتطلبة في تنفيذ إجراءات العلاج.
- **التعليمات الذاتية:** من خلال تعديل أفكار الطفلة في حديثها لنفسها عن المرض وأسبابه وقيوده العلاجية.

- **الأساليب التدعيمية:** لتدعيم السلوكيات الجيدة والتشجيع على الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج.
- **الواجبات المترلية:** لحل الواجبات المعرفية المرتبطة بمحتويات البرنامج.
- **النمذجة:** عرض وجبة نموذجية ليوم كامل تحتوي على السعرات الضرورية لمريض السكري، وعرض فيلم وثائقي لمهام علاج المرض، وعرض قصص عن المرض وأعراضه ومضاعفاته.
- **لعب الدور:** لعب أدوار قصة دبدوب والسكري.

مع الأم: أساليب معرفية لإمدادها بالمعلومات الطبية عن المرض وطبيعته، وكيفية التعامل مع الاستجابات النفسية للطفلة، والالتزام بنظام العلاج الطبي من حيث الدواء والغذاء والرياضة.

أساليب تعليمية لتعليمها السعرات الضرورية للطفلة، وكيفية توزيع الوجبات اليومية وإعدادها ومحتوياتها الغذائية..إلخ. تبعاً لما هو محدد في برنامج التأهيل الاجتماعي المنفذ في الاجتماعات الجماعية للأمهات.

ثالثاً: نتائج التدخل المهني

أ- نتائج مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

نتائج القياس القبلي / البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

الأبعاد / القياس	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	مستوى التعديل
القبلي	٥٠	٥٢	٥٣	١٥٥	مرتفع	جزئي
البعدي	٤١	٣٨	٤٤	١٢٣	فوق المتوسط	
الفروق	٩	١٤	٩	٣٢		

تشير بيانات الجدول السابق إلى انخفاض الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وكذلك انخفاض درجات الأبعاد الفرعية للمقياس.

ب- نتائج دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

نتائج القياس القبلي / البعدي لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

القياس القبلي	الدلالة	القياس البعدي	الدلالة	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى	الفروق	مستوى التحسن
٧٤	متوسط	٨٩	جيد	٣٨	١١٤	١٥	جزئي

تشير بيانات الجدول السابق إلى ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تحسناً في الالتزام بالعلاج.

ج- نتائج التدخل المهني من تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم

من تحليل محتوى المقابلات الجماعية أثناء ممارسة النشاط وملاحظة الطفلة والتركيز على سلوكها الفردي من حيث أداء الواجبات المنزلية - والاطلاع على سجل نتائج التحاليل وتفاعلها داخل الجماعة **ومن ملاحظات الأم اتضح ما يلي:**

- قلت عدد مرات الارتفاع والانخفاض لدى الطفلة، كما يوضحه سجلها الخاص بقياس نسبة السكر بالدم.
- تغير سلوك الطفلة من ناحية الغذاء، حيث بدأت تقلل من تناول السكريات، وبدأت تلتزم بالوجبات الغذائية الصحية، ولكن ما زالت نوعية الغذاء المقدم في الأسرة تفتقر إلى الكثير من العناصر الغذائية الرئيسة.
- تغير سلوك الطفلة، حيث بدأت في ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، وليس فقط عند الشعور بأعراض الارتفاع.

- قلت إلى درجة كبيرة المشاعر النفسية من الخوف والحزن والقلق والأحلام المزعجة، وقضم الأظافر، وتفاعلت مع الجماعة من خلال مـــشاركتها في الكثير من الأنشطة.
- وجهت الباحثة الأم إلى بعض المؤسسات للحصول على خدماتها.

من نتائج كل من القياس وتحليل المحتوى للمقابلات الجماعية، ومن ملاحظات الأم نجد اتفاقاً في النتائج على أن هناك تغييراً في سلوك الالتزام، واختفاء الكثير من الاستجابات النفسية، وإن كان التغيير ما زال محدوداً.

الحالة التاسعة

١- البيانات الأولية (انسحبت قبل تنفيذ البرنامج)

الاسم: ح **السن:** ١٠ سنوات **المرحلة الدراسية:** الصف الرابع الابتدائي

الوزن: ٣٧كجم **الطول:** ١٥٠سم **تاريخ تشخيص المرض:** شـــهر(١) عام ٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم-إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم: ١٨ /١١

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٢ عكر، **في المساء:** ٤ صافي /٧ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (ح)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٤	متوسط	جيدة	عسكري	٦٠٠٠	متزوج بأخرى ولديه أطفال منها
٢	الأم	٣٨	ابتدائي	سليمة	ربة منزل	—	مطلقة ومنجبة الطفلة فقط وتزوجت بآخر وأنجبت منه طفلة
٣	الطفلة نفسها	١٠	رابع ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة	—	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية منقطعة بسبب طلاق الأم وتزوجها بـآخر، وتـزوج الأب بأخرى، والطفلة مشتتة بين بيت أبيها ووالدها، وتعاني من مشكلة التبول اللاإرادي إضافة إلى مضاعفات المرض، وإهمال كلا الوالدين لها.

خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٥٨) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (–).

- **مظاهر المشكلات:** وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والاطلاع على السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، وتمثلت هذه المظاهر في الجوانب التالية:

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع مستمر بنسبة السكر في الدم، كما تعاني من عدم القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، ولا تستطيع الالتزام بنظام علاج السكري، لا من حيث إجراءات التحاليل ولا من حيث التقيد بمواعيد ثابتة

للوجبات الغذائية، كما أنها تعاني من الإكثار من تناول السكريات، ولا تمارس أي نوع من أنواع الرياضة.

ب/ المشكلات النفسية:

الطفلة تعاني من مشاعر سلبية وضغوط نفسية نتيجة انفصال والديها، كما أنها تشعر بالغيرة من إخوتها من أبيها، إضافة إلى شعورها بالخجل من تبولها على الفراش في الليل.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة لديها إهمال شديد نحو متطلبات العلاج، بسبب انشغال الأم بالمولودة الجديدة وارتباطها بزوج آخر، وعدم وجود رعاية من الأب لانشغاله بمسؤوليات البيت الآخر، وعناد الوالدين قد انعكس على الطفلة وعلى استجابتها للعلاج، حيث أدخلت المستشفى على إثر غيبوبة مرتين بسبب إهمال الوالدين لمسؤوليات العلاج.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني

لم يكن هناك تدخل مهني مع الحالة وذلك بسبب انقطاعها عن مواعيد المقابلات، وعن الاجتماعات الجماعية لبرنامج التأهيل الاجتماعي.

الحالة العاشرة

١- البيانات الأولية **(انقطعت عن البرنامج)**

الاسم: د **السن:**١١ سنة **المرحلة التعليمية:** الصف الخامس الابتدائي

الوزن:٤٥كجم **الطول:**١٥٢سم **تاريخ تشخيص المرض:** شهر(٤) عام٢٠٠٣م

عدد مرات أخذ الأنسولين: مرتين في اليوم- إجمالي جرعة الأنسولين خلال اليوم: ٢١ /١٤

توزيع الجرعة في الصباح: ٦ صافي / ١٥ عكر، في المساء: ٥ صافي /٩ عكر.

٢- التكوين الأسري للطفلة (د)

م	الصلة بالطفل	السن	المستوى التعليمي	الحالة الصحية	المهنة	الدخل	ملاحظات
١	الأب	٤٩	متوسط	سليم	عسكري	٦٨٠٠	
٢	الأم	٣٨	ابتدائي	سليمة	ربة منزل	ـ	
٣	الطفلة نفسها	١١	خامس ابتدائي	مريضة بالسكري	طالبة	ـ	
٤	الأخت	٨	ثاني ابتدائي	سليم	طالبة	ـ	

ملخص عن الظروف الأسرية:

العلاقات الأسرية بصفة عامة جيدة، والدخل الشهري بالنسبة لعدد أفراد الأسرة متوسط، وإلى حد ما يفي باحتياجات أفراد الأسرة.

خطوات التدخل المهني مع الحالة:

أولاً: مرحلة تقدير الموقف وتتضمن:

- **نتائج القياس القبلي:** أظهرت نتائج القياس القبلي على كل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي ما يلي:

تمثلت الدرجة الكلية على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السكري (١٥٧) بمستوى مرتفع، وعلى دليل الملاحظة الخاص بسلوكيات الالتزام بالعلاج الطبي (-).

مظاهر المشكلات:

وتم التعرف على هذه المظاهر من خلال المقابلات الفردية مع الطفلة والأم في بداية التعامل مع الحالة، ومن خلال المقابلات مع مثقفة السكري، والاطلاع على

السجل الطبي الخاص بنتائج قياسات السكري، **وتمثلت مظاهر المشكلات في الجوانب التالية:**

أ/ المشكلات الطبية:

الطفلة تعاني من ارتفاع مستمر بنسبة السكر في الدم، كما تعاني من عدم القدرة على التحكم بضبط نسبة السكر بالدم، ولا تستطيع الالتزام بنظام علاج السكري، لا من حيث إجراءات التحاليل ولا من حيث التقيد بمواعيد ثابتة للوجبات الغذائية، كما أنها تعاني من الإكثار من تناول السكريات، ولا تمارس أي نوع من أنواع الرياضة.

ب/ المشكلات النفسية:

الطفلة في بداية إصابتها بالمرض تشعر بالخجل من معرفة الآخرين بمرضها، كما تعاني الطفلة من الشعور بالاختلاف عن الآخرين، وتشعر بالحزن والضيق عند حرمانها من الحلوى، وتخشى الخوف من غيبوبة السكري، كما أنها تنشغل بالمرض ولديها خوف من الحقنة، كما تعاني من الشعور بالضغط النفسي نتيجة قيود الالتزام بنظام العلاج، وتتذمر عند مطالبتها بتنفيذ متطلبات العلاج.

ج/ المشكلات الاجتماعية:

الطفلة لديها عناد شديد نحو متطلبات العلاج، كما أنها تشعر بالغيرة من إخوتها الأصغر منها سناً، تعاني من عدم الصبر، ولديها إلحاح على تنفيذ طلباتها فوراً وفي نفس اللحظة، ودائماً تُحمل الأم مسؤولية ارتفاع نسبة السكر بالدم وتقابل ذلك بالعناد. أما الأب فدائماً يستجيب لطلباتها ويترك لها الحرية في تناول ما تشتهي نفسها من الطعام.

ثانياً: مرحلة التدخل المهني

لم يتم التدخل المهني مع الحالة بسبب انقطاعها عن مواعيد المقابلات والاجتماعات الجماعية لبرنامج التدخل المهني.

الفصل السابع
النتائج الميدانية لعائد التدخل المهني
مع حالات الدراسة

مقدمة:

أولاً: النتائج الكمية لعينة الدراسة.

- الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة.
- نتائج القياس القبلي/ البعدي لأبعاد مقياس المشكلات الطبية والنفسية الاجتماعية.
- نتائج القياس القبلي/البعدي لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج.

ثانياً: النتائج الكيفية

- نتائج مرحلة تقدير الموقف قبل التدخل المهني.
- تقييم نتائج مرحلة التدخل المهني.

ثالثاً: التحقق من صحة فروض الدراسة

رابعاً: مستخلصات الدراسة

- نتائج تتعلق بتحقق فروض الدراسة.
- نتائج تتعلق بالتدخل المهني.

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل النتائج الميدانية لعائد التدخل المهني مع حالات الأطفال المصابين بمرض السكري من النوع الأول، وسيتم فيه عرضٌ للنتائج الكمية والكيفية، والتحقق من صحة فروض الدراسة، والخروج بنتائج ترتبط بعملية التدخل المهني مع المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية المترتبة على إصابة الأطفال بمرض السكري، وذلك بتطبيق نموذج التدخل المهني في خدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، عن طريق المقابلات الفردية والجماعية مع الأطفال وأمهاتهن، تبعاً لمراحل التدخل، والأساليب المرتبطة بهذا المدخل في برنامج التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري.

أولاً: النتائج الكمية للدراسة

١- الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة:

جدول(٦)

يوضح العمر الزمني والسنة الدراسية لعينة الدراسة

العمر الزمني	السنة الدراسية	الجنس	التكرار	النسبة
١٠ سنوات	الرابع الابتدائي	أنثى	٤	٤٠%
١١ سنوات	الخامس الابتدائي	أنثى	٣	٣٠%
١٢ سنة	السادس ابتدائي	أنثى	٣	٣٠%
المجموع			١٠	١٠٠%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن جميع حالات الدراسة تقع أعمارهن ما بين ١٠-١٢ سنة وتمثل هذه الفئة مرحلة الطفولة المتأخرة، وجميع مفردات العينة في المرحلة الابتدائية، وهذه الخصائص تجعل عينة الدراسة قابلة للتعلم والتدريب وتعديل السلوك واكتساب سلوكيات جديدة. أما بالنسبة للجنس فقد تم اختيار فئة واحدة من

الإناث لاعتبارات دينية وثقافية ومجتمعية،ومن حيث نوع المرض فجميع حالات الدراسة مشخصة بالنوع الأول من السكري والمعتمد على الأنسولين.

جدول (٧)

يوضح عدد المرات اليومية لتعاطي حقن الأنسولين لعينة الدراسة

عدد مرات أخذ حقن الأنسولين	التكرار	النسبة
مرة واحدة	-	-
مرتين	٧	٧٠%
ثلاث مرات	٣	٣٠%
المجموع	١٠	١٠٠%

يتضح من الجدول السابق أن ٧٠% من عينة الدراسة تحتاج إلى حقن الأنسولين مرتين يومياً وهي الغالبية، في حين أن نسبة ٣٠% من عينة الدراسة تحتاج إلى ثلاث مرات يومياً من جرعة الأنسولين، مما يعكس ضرورة الالتزام اليومي بإجراءات الحقن، وأهمية تعلم مهارة سلوكيات الحقن، وإزالة المشاعر السلبية التي تسبق هذه العملية.

جدول (٨)

يوضح المرحلة العمرية لوالدي عينة الدراسة

مسلسل	المرحلة العمرية	الأب التكرار	النسبة	الأم التكرار	النسبة
١	أقل من ٤٠	١	١٠%	٦	٦٠%
٢	٤٠- ٤٥	٤	٤٠%	٣	٣٠%
٣	٤٥- ٥٠	٥	٥٠%	١	١٠%
٤	٥٠ فأكثر	-	-	-	
المجموع		١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن أعمار غالبية الآباء تقع في الفئتين ٣،٢ من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة حيث تمثل ٩٠% والنسبة الباقية أقل من ٤٠ سنة.

كما تشير بيانات الجدول السابق إلى أن غالبية الأمهات تقع أعمارهن في الفئة الأولى التي تمثل أقل من ٤٠ سنة حيث بلغت النسبة ٦٠%، وبلغت نسبة ٣٠% في الفئة العمرية من ٤٠-٤٥ وتعكس نتائج هذا الجدول أن غالبية الأمهات تقع أعمارهن في المرحلة المتوسطة من العمر، التي تسمح فيها قدراتهن بالمشاركة في تنفيذ الإجراءات العلاجية، وتوجيه ومساعدة أطفالهن على الالتزام بالعلاج.

جدول (٩)

يوضح المستوى التعليمي لوالدي عينة الدراسة

م	المستوى التعليمي	تكرار الأب	النسبة	تكرار الأم	النسبة
١	أمي	-	-	١	١٠%
٢	يقرأ و يكتب	-	-	٢	٢٠%
٣	تعليم ابتدائي	٢	٢٠%	١	١٠%
٤	تعليم متوسط	٧	٧٠%	٣	٣٠%
٥	تعليم ثانوي	١	١٠%	١	١٠%
٦	جامعي	-	-	٢	٢٠%
المجموع		١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%

تشير نتائج الجدول إلى أن أعلى نسبة في المستوى التعليمي للأب تقع في الفئة الرابعة، وتتمثل ٧٠% من التعليم المتوسط، وأقل نسبة تمثل ١٠% في التعليم الثانوي، وهذا يعكس انخفاض المستوى التعليمي للأب.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي للأم فهو متدنٍ، حيث بلغت أعلى نسبة ٣٠% في المرحلة المتوسطة، وتساوت النسب في المرحلة الجامعية ومستوى القراءة والكتابة فقد بلغت نسبة كل منها ٢٠%، كما تساوت نسبة المرحلة الثانوية مع المرحلة الابتدائية حيث بلغت كل منهما ١٠%. وتدل هذه النتائج على أهمية مراعاة المستوى التعليمي للأسرة عند وضع برنامج التدخل المهني، بحيث يتناسب مع هذه المستويات التعليمية.

جدول (١٠)

يوضح الحالة الوظيفية لوالدي عينة الدراسة

الحالة الوظيفية للأب الأم	تكرار الأب	النسبة	تكرار الأم	النسبة
يعمل/ تعمل	٧	٧٠%	١	١٠%
لا يعمل/ لا تعمل	–	–	٩	٩٠%
متقاعد/ متقاعدة	٣	٣٠%	–	–
المجموع	١٠	١٠٠%	١٠	١٠٠%

تشير نتائج هذا الجدول إلى أن نسبة ٧٠% من الآباء يعملون، ونسبة ٣٠% منهم متقاعدون، وهذا يعكس انشغال الآباء بالعمل عن متابعة أبنائهم، مما يجعلهم يحولون مسؤوليات العلاج إلى الأم، إضافة إلى العرف السائد في المجتمع بتحمل الأم لمسؤوليات رعاية الأبناء في معظم الأسر.

كما تشير نتائج الجدول إلى أن غالبية الأمهات لا يعملن حيث بلغت النسبة ٩٠% ما عدا حالة واحدة، وهذا التفرغ يلقي على عاتقهن مسؤوليات العلاج تجاه أطفالهن، ولذلك ركز برنامج التدخل على إشراك الأمهات وإعدادهن لإكسابهن المعرفة بالمرض، وكيفية التعامل مع استجاباته، واعتبرن عنصراً أساسياً في مساعدة أطفالهن على التعامل مع المرض ومشاكله لتحقيق الأهداف العلاجية.

جدول (١١)

يوضح الدخل الشهري لوالدين عينة الدراسة

مسلسل	الدخل الشهري	التكرار	النسبة
١	أقل من ٥٠٠٠ ريال	٣	٣٠%
٢	٥٠٠٠ – أقل من ٧٠٠٠	٤	٤٠%
٣	٧٠٠٠ – أقل من ٩٠٠٠	٢	٢٠%
٤	٩٠٠٠ – ١٢٠٠٠	١	١٠%
٥	١٢٠٠٠ فأكثر	–	–
المجموع		١٠	١٠٠%

تشير نتائج الجدول السابق إلى أن أغلب الحالات تمثل دخلاً اقتـــصادياً متوســـطاً، حيث بلغت أعلى نسبة ٤٠% في الفئة الثانية للدخل، تليها الفئة الأولى ٣٠% وأقل نسبة ١٠% تمثلت في الفئة الرابعة ذات الدخل المرتفع نسبياً، وقد يؤثر مـــستوى الدخل في الالتزام بالإجراءات العلاجية من الجانب الغذائي حيث قد لا تستطيع الأســـرة شراء الأطعمة المخصصة لتغذية مرضى السكر، أو التنوع في الوجبات الغذائية.

٢- نتائج القياس القبلي/ البعدي لأبعاد مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

جدول (١٢)

جدول يوضح المؤشرات الإحصائية لمتوسطات درجات القياس القبلي

لأبعاد مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لعينة الدراسة

القياس القبلي لأبعاد المقياس												
رقم الحالة	البعد الطبي			البعد النفسي			البعد الاجتماعي			الدرجة الكلية لأبعاد المقياس		
	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع
١	٤٨	٤٩,٥٠	٣,٢٥١	٥١	٥٠,٥٠	٤,٣٧٥	٥٤	٥٢,٢٥	٢,٣٧٥	١٥٣	١٥٢,٢٥	٢,٦٩٢
٢	٤٣			٤٨			٥٢			١٤٣		
٣	٥١			٥٣			٥٦			١٦٠		
٤	٤٩			٥٢			٥٣			١٥٤		
٥	٥٤			٤٢			٤٤			١٤٥		
٦	٥٢			٥٧			٥٢			١٦١		
٧	٤٩			٤٩			٤٩			١٤٧		
٨	٥٠			٥٢			٥٣			١٥٥		

تشير نتائج هذا الجدول إلى أن المتوسطات الحسابية لـــدرجات أبعـــاد المقيـــاس والانحراف المعياري متقاربة، مما يدل على أن درجة وجود المشكلات عنـــد الأطفـــال عينة الدراسة في كل أبعاد المقياس متقاربة، وذلك للعلاقة المتبادلة بين مختلف العوامل.

جدول (١٣)

جدول يوضح المؤشرات الإحصائية لمتوسطات درجات القياس البعدي

لأبعاد مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لعينة الدراسة

القياس البعدي لأبعاد المقياس												
رقم الحالة	البعد الطبي			البعد النفسي			البعد الاجتماعي			الدرجة الكلية لأبعاد المقياس		
	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع	الدرجة	م	ع
١	٤١	٣٩,٥٠	٣,٥٤٦	٤٢	٤٠,٢٥	١,٧٥٢	٤٦	٤٤,٧٥	١,٢٨١	١٢٩	١٢٤,٧٥٠	٤,٢٦٧
٢	٣٦			٤٠			٤٦			١٢٢		
٣	٣٨			٣٩			٤٥			١٢٢		
٤	٤٣			٤٢			٤٥			١٣٠		
٥	٤٣			٣٨			٤٤			١٢٥		
٦	٣٣			٤٢			٤٣			١١٨		
٧	٤١			٤١			٤٧			١٢٩		
٨	٤١			٣٨			٤٤			١٢٣		

تشير نتائج هذا الجدول إلى أن المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري بين مؤشرات أبعاد المقياس متقاربة، مما يدل على التأثير المتبادل بين مختلف أنواع المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية.

جدول (١٤)

يوضح الفروق بين الدرجات الكلية قبل وبعد التدخل على

مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لعينة الدراسة.

	الدرجة قبل التدخل					الدرجة بعد التدخل				
الحالات	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق	المشكلات الطبية	المشكلات النفسية	المشكلات الاجتماعية	الدرجة الكلية	مستوى الفروق
١	٤٨	٥١	٥٤	١٥٣	مرتفع	٤١	٤٢	٤٦	١٢٩	متوسط
٢	٤٣	٤٨	٥٢	١٤٣	فوق المتوسط	٣٦	٤٠	٤٦	١٢٢	متوسط
٣	٥١	٥٣	٥٦	١٦٠	مرتفع	٣٨	٣٩	٤٥	١٢٢	متوسط
٤	٤٩	٥٢	٥٣	١٥٤	مرتفع	٤٣	٤٢	٤٥	١٣٠	فوق المتوسط
٥	٥٤	٤٢	٤٩	١٤٥	فوق المتوسط	٤٣	٣٨	٤٤	١٢٥	فوق المتوسط
٦	٥٢	٥٧	٥٢	١٦١	مرتفع	٣٣	٤٢	٤٣	١١٨	متوسط
٧	٤٩	٤٩	٤٩	١٤٧	فوق المتوسط	٤١	٤١	٤٧	١٢٩	فوق المتوسط
٨	٥٠	٥٢	٥٣	١٥٥	مرتفع	٤١	٣٨	٤٤	١٢٣	فوق المتوسط

بالمقارنة بين كل من نتائج درجات القياس القبلي/البعدي لعينة الدراسة، نجد أن هناك انخفاضاً في الدرجة الكلية لمقياس المشكلات، وانخفاضاً على جميع مؤشرات القياس من حيث: المشكلات الطبية، والمشكلات النفسية، والمشكلات الاجتماعية، وهذا يعكس تأثير عمليات التدخل المهني في خفض الدرجة الكلية للمشكلات، وخفض الدرجات على المؤشرات المختلفة.

٣- نتائج القياس القبلي/ البعدي لدليل الملاحظات

جدول (١٥)

يوضح الفروق المعنوية للدلالة الإحصائية بين المتوسطات لدرجات القياسين القبلي/ البعدي على دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

رقم الحالة	القياس القبلي	م	ع	القياس البعدي	م	ع	ت المحسوبة	ت الجدولية	œ ٠,٠١
١	٧٦	٦٢,٢٥٠	٩,٩٢٤	٩٢	٨٠,٧٥٠	١١,٧٣٣	٣,١٨٩	٢,٩٧٧	Sign.
٢	٧٠			٨٥					
٣	٧١			٩٦					
٤	٥٢			٧٤					
٥	٤٨			٦١					
٦	٥٥			٧٣					
٧	٦٢			٧٦					
٨	٧٤			٨٩					
المجموع	٥٠٨			٦٤٦					

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- وجود فروق بين متوسطي درجات القياس البعدي (٨٠,٧٥)، والقياس القبلي (٦٢,٢٥) مما يوضح تأثير برنامج التدخل المهني في زيادة متوسط درجات القياس البعدي.
- وجود فروق بين متوسطي درجة التشتت للانحراف المعياري (١١,٧٣) في القياس البعدي (٩,٩٢) في القياس القبلي، وهذا يعكس تأثير برنامج التدخل المهني في زيادة درجات القياس البعدي.
- وبحساب (ت) لمتوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي = ٣,١٨٩، وبحساب (ت) الجدولية بدرجات حرية (ن-١) & =٠,٠١ وجد أنها

= ٢,٩٧٧ وبذلك تتضح فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

جدول (١٦)

يوضح الفروق بين الدرجات الكلية قبل/ وبعد التدخل على دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

رقم الحالة	الدرجات قبل التدخل	مستوى الفروق	الدرجات بعد التدخل	مستوى الفروق
١	٧٦	متوسط	٩٢	جيد
٢	٧٠	متوسط	٨٥	جيد
٣	٧١	متوسط	٩٦	ممتاز
٤	٥٢	ضعيف	٧٤	متوسط
٥	٤٨	ضعيف	٦١	متوسط
٦	٥٥	ضعيف	٧٣	متوسط
٧	٦٢	متوسط	٧٦	جيد
٨	٧٤	متوسط	٨٩	جيد
المجموع	٥٠٨		٦٤٦	

بالمقارنة بين كل من نتائج التدخل المهني للقياس القبلي/ البعدي على دليل الملاحظة، نجد أن هناك ارتفاعاً في الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، وهذا يعكس تأثير عمليات التدخل المهني في ارتفاع الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج لصالح القياس البعدي.

وبمقارنة نتائج قياس المشكلات في جدول رقم (١٤) والجدول السابق نجد أن الدرجات الكلية لمقياس المشكلات قد انخفضت، وكذلك انخفضت درجات الأبعاد، وقد ارتبط ذلك بتحسن درجات دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج، حيث ارتفعت الدرجة الكلية لدليل الملاحظة لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على الارتباط بين انخفاض الدرجات الكلية للمشكلات (المقياس) مع ارتفاع الدرجات الكلية لسلوكيات العلاج (دليل الملاحظة).

ثانياً: النتائج الكيفية

خرجت الباحثة بنموذج للتدخل المهني لخدمة الفرد، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) مبني على نظريات التعلم والنظريات السلوكية والمعرفية، ونتائج الدراسات السابقة، وقامت بتطبيقه على عينة الدراسة، **وفيما يلي عرض لأهم النتائج من خلال تحليل المحتوى لمراحل تطبيق برنامج التدخل المهني.**

١- نتائج مرحلة تقدير الموقف قبل التدخل المهني:

- أظهرت نتائج القياس القبلي على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، أن الدرجات الكلية للمشكلات كانت مرتفعة في غالبية الحالات (٧) وفوق المتوسط في (٣) حالات.
- أظهرت نتائج القياس القبلي لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج، أن الدرجات الكلية للالتزام كانت متوسطة في (٥) حالات وضعيفة في (٥) حالات.
- أظهرت النتائج على المؤشرات الفرعية لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، ارتفاع الدرجات على الأبعاد الثلاثة مع تقارب المتوسطات، وهذا يدل على وجود علاقة متبادلة بين مختلف العوامل الطبية والنفسية والاجتماعية.
- أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً، بين ارتفاع الدرجات الكلية لمقياس المشكلات (الطبية، النفسية، الاجتماعية)، وانخفاض الدرجات الكلية لدليل الملاحظة (سلوكيات العلاج) ويشير هذا إلى أنه كلما ارتفعت حدة المشكلات انخفضت درجة الالتزام بالعلاج.

وقد اتضح من مرحلة تقدير الموقف أهم المشكلات التي تعاني منها عينة الدراسة وتتمثل في:

أ/ المشكلات الطبية، ومن أهم مظاهرها:

- ارتفاع نسبة السكر بالدم في معظم الحالات.
- انخفاض نسبة السكر في الدم.
- عدم الانتظام بمعدل السكر بالدم، ما بين الارتفاع والانخفاض.
- عدم الالتزام بالنظام العلاجي للمرض من حيث الدواء: مواعيد غير ثابتة للحقن، لا يوجد اهتمام بتسجيل نتائج التحليل على السجل الخاص بها، التخلف عن مواعيد المراجعة الطبية
- عدم الالتزام بالنظام الغذائي من حيث: نوعية الطعام وكميته، مواعيد تناوله مع الحقن بالأنسولين. الإكثار من تناول السكريات والحلويات والمأكولات السريعة.
- عدم الانتظام بمزاولة التمارين الرياضية، في عدد كبير من الحالات، أو ممارستها عند الشعور بأعراض الارتفاع.

ب/ المشكلات النفسية، ومن أهم مظاهر استجاباتها:

- الخجل من معرفة الآخرين بالمرض، والشعور بالاختلاف عن الأقران للإصابة بالمرض.
- الخوف من وخز الإبرة، والخوف من ارتفاع السكر في الدم.
- الحزن والضيق للحرمان من الحلوى.
- الشعور بالضغط النفسي، والتوتر عند المطالبة بتنفيذ مهام العلاج، خاصة عند اللعب أو اللقاء مع الأصدقاء.
- الملل والتذمر من الاستمرار في تنفيذ مهام العلاج اليومية.
- إلقاء اللوم على الآخرين، وخاصة الأم عند ارتفاع السكر بالدم.

- ظهور بعض مظاهر الانطواء والعزلة، لدى بعض الحالات إضافة إلى ظهور القلق والوساوس نحو كثرة إجراء التحاليل، لمجرد الاطمئنان عند بعض الحالات.
- العصبية مع إرجاع أسبابها للإصابة بالمرض.
- زيادة الحساسية الذاتية لدى بعض الحالات، وخاصة عند توجيه النقد.
- المعاناة من اضطرابات النوم لدى بعض الحالات، والشك في مقدرة الكبار في تقديم الرعاية المطلوبة، لوجود بعض الأفكار الخاطئة نحو الكبار بعدم الشعور والتقدير للحالة المرضية، وأنهم ليسوا قادرين على تنفيذ متطلبات العلاج.

ج/ المشكلات الاجتماعية

اتضح من الدراسة أن المشكلات الاجتماعية، تتزايد في الحالات التي تعاني أسرها من الخلافات الأسرية، ولديها انخفاض في مستوى الدخل، حيث يؤثر هذا في الالتزام بنظام علاج المرض، كما تؤثر الاستجابات النفسية في سلوكيات العلاج. **ومن أهم مظاهرها:**

- اضطراب العلاقات داخل الأسرة، وخاصة بين الوالدين.
- اضطراب العلاقات بين الإخوة، وتتمثل في سيطرة المريضة على الإخوة الأصغر سناً، والعناد مع الإخوة الأكبر سناً، وغيرة الإخوة من المعاملة الخاصة للأخت المريضة.
- الاعتماد الزائد على الأم، وتحميلها مسؤوليات العلاج.
- الغياب عن المدرسة، لدى بعض الحالات.

٢- تقييم نتائج مرحلة التدخل المهني:

اعتمد تقييم التدخل المهني على مجموعة من الأساليب، لضمان صدق ودقة النتائج وتتمثل الأساليب في التالي:

- استخدام القياس.
- الرأي المهني للباحثة، الذي يعتمد على الخبرة كممارسة لعمليات التدخل المهني، وتقدير عوامل التغيير من خلال تحليل محتوى المقابلات الجماعية مع الطفلة والأم.
- جوانب التغيير من سلوك الطفلة نحو عمليات الالتزام العلاجي.

١- مظاهر التغيير من خلال القياس:

- أظهر مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية انخفاضاً في الدرجة الكلية للمشكلات وانخفاضاً في المؤشرات الفرعية بعد إجراء عمليات التدخل المهني باستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي، من خلال المقابلات الجماعية لأفراد عينة الدراسة، ويدل هذا على أن برنامج التدخل المهني له عائد إيجابي في خفض الدرجات الكلية لمقياس المشكلات، وفي خفض الدرجات الكلية للمؤشرات الفرعية (المشكلات الطبية - المشكلات النفسية- المشكلات الاجتماعية).
- أظهرت نتائج القياس لدليل الملاحظة ارتفاعات في الدرجة الكلية لسلوكيات العلاج، إذ ارتفعت الدرجة من (٥) حالات التزام متوسط، (٣)حالات التزام ضعيف، إلى (١) حالة التزام ممتاز، (٤) حالات التزام جيد، (٣) حالات التزام متوسط، وذلك بعد إجراء عمليات التدخل بتطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي، عن طريق المقابلات الجماعية مع الأطفال والأمهات، ويدل هذا على أن التدخل المهني له عائد إيجابي في تحسين مستوى الالتزام عند عينة الدراسة.
- أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً بين انخفاض الدرجة الكلية للمشكلات، والدرجات على المؤشرات، وارتفاع الدرجة على دليل الملاحظة للالتزام

بسلوكيات العلاج، ويدل هذا على أن عمليات التدخل المهني بتطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي مع عينة الدراسة لها تأثير إيجابي في خفض حدة المشكلات، وتحسين درجات الأداء لسلوكيات العلاج.

٢- من تحليل المقابلات الجماعية والرأي المهني للباحثة اتضح ما يلي:

- أظهرت جميع حالات الدراسة تجاوباً مع البرنامج والأنشطة التي قدمت في الاجتماعات الجماعية، واعتمدت الباحثة في معالجة المشكلات المرتبطة بالالتزام العلاجي على التركيز على كل طفل كفرد مستقل، من خلال المقابلات الجماعية، واستخدام الأساليب الفنية المناسبة للمدخل العلاجي والتي تتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال.
- اتضح تغييرَ في سلوك الأطفال، نتيجة لتفاعلهم وعلاقتهم بأقرانهم داخل الجماعة **من حيث:**

- الإقبال على استيعاب المعلومات المقدمة عن المرض وإجراءاته العلاجية، والتنافس في عرض حل الواجبات المنزلية، المرتبطة بالمعلومات المعرفية، والمقدمة لهم بأسلوب شيق، يستخدم فيه الاستجابة من خلال الإجابة والصور والتلوين لتثبيت المعلومة.
- زيادة التفاعل داخل الجماعة، شجع الأطفال على التعبير عن استجابتهم النفسية تجاه المرض، وقلت مشاعر الخجل، وبدأن في عرض الكثير من الانفعالات مثل: العصبية وسرعة الانفعال، والخوف، والحزن والبكاء، وخاصة في بداية المرض...إلخ. وبإتاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر والاستماع الجيد، والشعور بمشاركة الآخرين لهذه المشاعر، كان له أثر جيد في التعامل معها والتقليل من فترات حدوثها، عن طريق تغيير بعض السلوكيات المؤدية إلى هذه المواقف، باستخدام التدريب التحصيني ضد

الضغوط، وبتسجيل تلك الانفعالات وعدد مرات حدوثها في الأسبوع ومدى القدرة على التقليل من عددها بالسجل خاص للواجبات المترلية، مع إيجاد المنافسة لمدى القدرة للتحكم فيها.

- تغيير الإدراك للمهام المتطلبة من العلاج: من خلال المعلومات التي قدمها البرنامج عن الإجراءات العلاجية والتغذية الصحية والتمارين البدنية المناسبة، وقد اتضح هذا التغيير من خلال مراجعة الواجبات المترلية لهذه المهام مع الأطفال (بتسجيل نتائج القياس، تسجيل لنوعية الوجبات اليومية، فترات ممارسة الرياضة، المهارة في العناية الذاتية لتحمل مسؤوليات العلاج).

- ■ بتطبيق الأساليب الفنية للمدخل المعرفي السلوكي، اتضح أن أنسب الأساليب لهذه المرحلة العمرية ولطبيعة المرض **ما يلي**:

- التعلم المعرفي: لإحداث تغيير في المحتوى المعرفي، من حيث: المعرفة بالمرض وإجراءاته العلاجية ونظامه العلاجي، عن طريق: الشرح والتوضيح والمناقشة وتشكيل الاستجابة.
- التعلم الذاتي الموجه: لتحديد سلوكيات العلاج، واكتساب المهارات اللازمة لتنفيذها، عن طريق: أسلوب النماذج التعليمية، التدعيم الإيجابي، إعادة تشكيل الاستجابة، وأسلوب لعب الدور.
- التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية والاجتماعية، لمواجهة الضغوط ومحاولة ضبط الرغبات والانفعالات أثناء المناسبات الاجتماعية عند تناول المأكولات والمشروبات التي تزيد من ظهور أعراض المرض وتؤدي إلى عدم الالتزام بنظام العلاج، عن طريق: التوضيح والتفسير والإقناع والتدعيم.
- أساليب التدعيم الإيجابي لتشجيع الطفل وتدعيمه على الاستمرار في السلوكيات المكتسبة الجديدة.

- من الوسائل المستخدمة في تنفيذ البرنامج التي لاقت إقبالاً من الأطفال، وكان لها تأثير إيجابي في تغيير سلوكياتهم نحو الالتزام بنظام العلاج، الوسائل التوضيحية، أشرطة الفيديو التعليمية، النماذج التوضيحية، القصة، أداء الأدوار، الواجبات المترلية المدعمة بالصور والمعلومات، حلقات النقاش الجماعية مع الأطفال والأمهات.

٣- مظاهر التغير لدى الطفلة من خلال ملاحظات الأم

- قلت مرات ارتفاع السكر لدى معظم الحالات، كما لم تحتج أية حالة إلى دخول المستشفى.
- اكتساب معظم الأطفال لسلوكيات العلاج والالتزام بتنفيذ التعليمات العلاجية بدقة من حيث: الاعتماد على النفس في أخذ الحقنة، تسجيل النتائج، إجراء التحاليل قبل تناول الدواء، التخفيف من تناول الوجبات السريعة والحلويات، التقيد بتناول الوجبات الرئيسة وممارسة الرياضة.
- خفت المشاعر السلبية لدى معظم الأطفال وخاصة المخاوف، والعصبية، وسرعة الانفعال، والقلق، والحزن، والشعور بالاختلاف عن أقرانهم.
- اكتساب معظم الأطفال لسلوكيات إيجابية، من ناحية الإجراءات العلاجية، وتحمل معظمهم لمسؤوليات العلاج.
- اكتساب الأطفال لسلوكيات إيجابية كالتعاون مع أفراد الأسرة، وعدم العناد مع الأم والإخوة والقدرة على السيطرة على الانفعالات.
- تحسنت علاقات معظم الأطفال مع أعضاء الأسرة، وخاصة الإخوة والأمهات، وأصبحت لديهم أهداف مشتركة، في تنفيذ الخطة العلاجية، وتعاون في تحمل الأعباء العلاجية.

ثالثاً: التحقق من صحة فروض الدراسة

١- الفرض الرئيس للدراسة:

يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري (النوع الأول) إلى تأهيلهم اجتماعياً.

وقد اختبرت الباحثة هذا الفرض بتطبيق القياس القبلي/ البعدي لكل من مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية على أطفال مرضى السكري، ودليل الملاحظة لسلوكيات العلاج، باستخدام اختبار T.test للتعرف على دلالة الفروق بين الدرجات الكلية لكل من القياسين القبلي/ البعدي لمقياس المشكلات ودليل الملاحظة.

جدول (١٧)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي الدرجات الكلية للقياسين

القبلي/ البعدي لمقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية أطفال مرضى السكري

رقم الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	ف	ف٢	ت المحسوبة	ت الجدولية	مستوى الدلالة
١	١٥٣	١٢٩	٢٤	٥٧٦	٨,٥١٦	٣,٤٩٩	٠,٠١
٢	١٤٣	١٢٢	٢١	٤٤١			
٣	١٦٠	١٢٢	٣٨	١٤٤٢			
٤	١٥٤	١٣٠	٢٤	٥٧٦			
٥	١٤٥	١٢٥	٢٠	٤٠٠			
٦	١٦١	١١٨	٤٣	١٨٤٩			
٧	١٤٧	١٢٩	١٨	٣٢٤			
٨	١٥٥	١٢٣	٣٢	١٠٢٤			
المجموع	١٢١٨	٩٩٨	٢٢٠	٦٦٣٤			

تشير بيانات الجدول السابق باستخدام اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين متوسطات القياسين القبلي/البعدي إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي حيث كانت (ت) المحسوبة٨,٥١٦ > من (ت) الجدولية ٣,٤٩٩ وبدرجات حرية (٧)، وهي دالة عند مستوى معنوية٠,٠١ وهذا يدل على وجود

فرق معنوي دال بين درجات متوسطي القياس القبلي/البعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية ٠,٠١ مما يدل على انخفاض درجة المشكلات نتيجة لعمليات التدخل المهني، وبذلك تتحقق صحة الفرض الرئيس للدراسة حيث توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى معنوية ٠,٠١

جدول (١٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين
القبلي/ البعدي لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

رقم الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	ف	ف٢	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
١	٧٦	٩٢	١٦	٢٥٦	١١,٢١٢	٢,٣٦٥	دال عند ٠,٠٥
٢	٧٠	٨٥	١٥	٢٢٥			
٣	٧١	٩٦	٢٥	٦٢٥			
٤	٥٢	٧٤	٢٢	٤٨٤			
٥	٤٨	٦١	١٣	١٦٩			
٦	٥٥	٧٣	١٨	٣٢٤			
٧	٦٢	٧٦	١٤	١٩٦			
٨	٧٤	٨٩	١٥	٢٢٥			
المجموع	٥٠٨	٦٤٦	١٣٨	٢٥٠٤			

تشير بيانات الجدول السابق باستخدام اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي الدرجات القبلية/ البعدية لدليل الملاحظة لسلوكيات العلاج، إلى أن قيمة"ت" المحسوبة ٢,٥٤٢ > من (ت) الجدولية (٢,٣٦٥) عند درجة حرية (٧)، و دالة عند مستوى معنوية ٠,٠٥، وهذا يدل على وجود فرق معنوي دال بين درجات القياسين القبلي/البعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى معنوية ٠,٠٥ مما يؤكد ارتفاع درجات سلوكيات العلاج حيث توجد علاقة طردية بين انخفاض حدة المشكلات وزيادة الالتزام بالإجراءات العلاجية. وبنتائج الجدولين (١٧)، (١٨) تتحقق صحة الفرض الرئيس الذي ينص على" يؤدي التدخل المهني

لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري إلى تأهيلهم اجتماعياً، عند مستوى معنوية ٠,٠١.

٢- الفروض الفرعية للدراسة

اختبرت الباحثة هذه الفروض باستخدام المعاملة الإحصائية لاختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي/البعدي لمتغيرات المقياس (المشكلات الطبية، المشكلات النفسية، المشكلات الاجتماعية) كما توضحها الجداول التالية:

أ- الفرض الفرعي الأول: يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض المشكلات الطبية

جدول (١٩)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين

القبلي/ البعدي في متغير المشكلات الطبية لعينة الدراسة

رقم الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	ف	ف٢	(ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
١	٤٨	٤١	٧	٤٩	٢,٤٥٧	٢,٣٦٥	٠,٠٥
٢	٤٣	٣٦	٧	٤٩			
٣	٥١	٣٨	١٣	١٦٩			
٤	٤٩	٤٣	٦	٣٦			
٥	٥٤	٤٣	١١	١٢١			
٦	٥٢	٣٣	١٩	٣٦١			
٧	٤٩	٤١	٨	٦٤			
٨	٥٠	٤١	٩	٨١			
المجموع	٣٩٦	٣١٦	٨٠	٩٣٠			

تشير بيانات الجدول السابق إلى أن قيمة (ت) المحسوبة ٢,٤٥٧ وهي > من (ت) الجدولية ٢,٣٦٥ عند درجة حرية (٧) ومستوى معنوية ٠,٠٥ وهذا يدل

على وجود فرق معنوي دال بين درجات القياسين القبلي/البعـــدي علـــى مـــتغير المشكلات الطبية لصالح القياس القبلي عند مستوى معنوية ٠,٠٥ مما يؤكد وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي وخفض المشكلات الطبية لدى الأطفـــال مرضـــى الـــسكري. وبذلك تتحقق صحة الفرض الفرعي الأول.

ب- الفرض الفرعي الثاني: يؤدي التدخل المهني لخدمة الفـــرد باســـتخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض حدة المشكلات النفسية

جدول (٢٠)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياسين

القبلي/ البعدي لمتغير المشكلات النفسية لعينة الدراسة .

رقم الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	ف	ف٢	ت المحسوبة	(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
١	٥١	٤٢	٩	٨١	٢,٥٠	٢,٣٦٥	٠,٠٥
٢	٤٨	٤٠	٨	٦٤			
٣	٥٣	٣٩	١٤	١٩٦			
٤	٥٢	٤٢	١٠	١٠٠			
٥	٤٢	٣٨	٤	١٦			
٦	٥٧	٤٢	١٥	٢٢٥			
٧	٤٩	٤١	٨	٦٤			
٨	٥٢	٣٨	١٤	١٩٦			
المجموع	٤٠٤	٣٢٢	٨٢	٩٤٢			

تشير بيانات الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت ٢,٥٠ وهي أكـــبر من قيمة "ت" الجدولية ٢,٣٦٥ عند درجة حرية (٧) ومستوى معنوية ٠,٠٥ مما يدل على وجود فرق معنوي دال بين درجات القياسين القبلي/البعدي على مـــتغير المشكلات النفسية عند مستوى معنوية ٠,٠٥ مما يعكس وجود علاقة إيجابية بـــين

فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة المشكلات النفسية للأطفال مرضى السكري،وبذلك يتحقق الفرض الفرعي الثاني.

ج- الفرض الفرعي الثالث: يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

جدول (٢١)

يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات

القياس القبلي / البعدي لمتغير المشكلات الاجتماعية لعينة الدراسة

رقم الحالة	القياس القبلي	القياس البعدي	ف	ف٢	ت المحسوبة	(ت) الجدولية	مستوى الدلالة
١	٥٤	٤٦	٨	٦٤	٢,٤٨٧	٢,٣٦٥	٠,٠٥
٢	٥٢	٤٦	٦	٣٦			
٣	٥٦	٤٥	١١	١٢١			
٤	٥٣	٤٥	٨	٦٤			
٥	٤٩	٤٤	٥	٢٥			
٦	٥٢	٤٣	٩	٨١			
٧	٤٩	٤٧	٢	٤			
٨	٥٣	٤٤	٩	٨١			
المجموع	٤١٨	٣٦٠	٥٨	٤٧٦			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة ٢,٤٨٧ وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية ٢,٣٦٥ عند درجة حرية (٧) ومستوى معنوية ٠,٠٥،مما يدل على وجود فرق معنوي دال بين درجات القياسين القبلي/البعدي على متغير المشكلات الاجتماعية، وهذا يؤكد وجود علاقة ذات دلالة إيجابية بين فاعلية التدخل المهني

لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي وتقليل حدة المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال مرضى السكري، وبذلك يتحقق الفرض الفرعي الثالث.

رابعاً: مستخلصات الدراسة

أ/ نتائج تتعلق بتحقيق فروض الدراسة

أظهرت نتائج التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي من خلال برنامج التدخل والمقابلات الجماعية، أن هناك فروقاً معنوية بين درجات القياسين القبلي/البعدي للمشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية على عينة الدراسة، **موضحة على النحو التالي:**

١- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١ بين الدرجات الكلية للقياسين القبلي/ البعدي للمشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية على مقياس المشكلات، ودليل الملاحظة لسلوكيات العلاج، وبهذا يتحقق الفرض الرئيس.

٢- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياسين القبلي/البعدي لمتغير المشكلات الطبية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الأول.

٣- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياسين القبلي/البعدي لمتغير المشكلات النفسية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الثاني.

٤- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياسين القبلي/البعدي لمتغير المشكلات الاجتماعية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الثالث.

ب/ نتائج تتعلق بالتدخل المهني:

١- اتضح أن الالتزام بالعلاج وإجراءاته العلاجية تؤثر فيه مجموعة من العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية، وأن هناك تأثيراً متبادلاً بين مختلف العوامل، فهناك علاقة متبادلة بين الالتزام بسلوكيات العلاج، ومدى المعرفة بالمرض، ومستوى الضغوط النفسية التي تواجه الطفل وأسرته، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية التي تحيط بالأسرة ونوعية العلاقات الأسرية وقدرة الأسرة على تنفيذ مسؤوليات العلاج، وتحويلها بالتدرّج إلى الطفل للعناية الذاتية.

٢- إمكانية تطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري، لأنها ترتبط بتغيير البنية المعرفية للطفل وتعديل سلوكه، وتعتمد على أساليب تعليمية تناسب المرحلة العمرية (٨-١٢).

٣- فاعلية استخدام المقابلات الجماعية والأنشطة عند تناول وعلاج المشكلات المرتبطة بإصابة الطفل بمرض السكري،كأدوات لإحداث التعديل في سلوكيات التزام الطفل بصورة مباشرة، ويمكن اعتبار المقابلات الجماعية في خدمة الفرد من أهم وسائل العلاج الممكن استخدامها؛ لأنها تتفق مع طبيعة الطفل في هذه المرحلة العمرية (١٠-١٢) حيث تتميز هذه المرحلة بالحاجة للانتماء إلى الجماعة، لأنها تحقق إشباع احتياجاته، من حيث مساعدته على التنفيس والشعور بالقيمة، وإدراكه لنفسه، وللآخرين، وإشباع حاجته إلى الإتقان والتنافس.

٤- تأكيد أهمية العلاقة المهنية وتكوينها مع الطفل والأخصائي الاجتماعي عند تطبيق برنامج التدخل المهني في خدمة الفرد، تلك العلاقة التي يشعر فيها الطفل بالألفة تجاهه، وتكون أداة رئيسة للتأثير والتغيير والتعديل في سلوك

الطفل واكتسابه لمهارات الالتزام بالعلاج. ولهذا يجب أن يمهد لنمو هـــذه العلاقة قبل البدء في تنفيذ عمليات التدخل المهني، من خـــلال المقـــابلات الفردية مع الطفل.

٥- أهمية تكوين علاقة مهنية مع الأمهات، مبنية على التقبل والتجاوب مـــع الباحثة، لتساعد على تحقيق الأهداف من خلال التعاون المتبادل والفهـــم والإدراك لأبعاد المشكلات وتأثرها في الطفل المريض وكيفية التعامل معها. حيث تعتبر مشاركة الأمهات عنصر رئيساً في تحقيق أهداف العـــلاج وفي تنفيذ مسؤولياته والتدريب على تحويل تلك المـــسؤوليات بالتـــدريج إلى أطفالهن المرضى.

٦- يراعى عند تصميم البرنامج التنوع في أنشطته، ووسائله التعليميـــة سمعيـــاً وبصرياً، لتحقق التغيير المطلوب في سلوك الطفـــل، حيـــث إن مـــشاهدة السلوكيات المطلوب تعلمها عن طريق عرض النماذج التعليميـــة ولعـــب الدور وحلقات النقاش يكسب الطفل السلوك من خلال ملاحظته للسلوك المشاهد.

٧- ترتبط فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، لتحقيـــق التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري، بنوعية الأساليب العلاجيـــة المستخدمة، ومدى مناسبتها لخصائص المرحلة العمرية التي يمر بها الطفـــل، **وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية الأساليب التالية:**

- إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: المعرفـــة بـــالمرض وكيفيـــة التعامل مع نظام العلاج (سلوكيات العلاج بالدواء، سلوكيات العلاج بالغذاء، سلوكيات العلاج بالرياضة) باستخدام أسلوب التعلم المعرفي

من خلال الوسائل التوضيحية وأشرطة الفيديو التعليمية لاكتساب السلوك المشاهد، الشرح والتوضيح والمناقشة، وتشكيل الاستجابة.

- النمذجة من خلال الوسائل التوضيحية وأشرطة الفيديو التعليمية لاكتساب السلوك المشاهد.
- التعلم الذاتي الموجه لتحديد المهام للممارسات اليومية، باستخدام المدعمات الإيجابية.
- التدريب التحصيني ضد الضغوط، من حيث التعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية، وإتاحة الفرصة للتعبير عنها،باستخدام التدعيم والتفسير.
- التشجيع والتدعيم على الاستمرار في السلوكيات المطلوبة، وتقديم المكافأة عند المحافظة على نسبة السكر بالدم قريبة من المستوى الطبيعي.

٨- أهمية الاعتماد على أكثر من أداة لتقييم نتائج التدخل المهني في خدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً، كالمقاييس المقننة، أو إعداد مقاييس اجتماعية ثابتة تكون أداة لقياس المتغيرات والأبعاد المختلفة للالتزام بالعلاج، يمكن الاعتماد عليها في قياس سلوكيات العلاج، بالإضافة إلى استخدام أدوات أخرى كالملاحظة، وتحليل محتوى المقابلات المهنية.

٩- يحتاج التدخل المهني بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً، إلى فترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر، لتحقق أهداف البرنامج العلاجي وترتبط بمراحل مختلفة (التمهيد لنمو العلاقة المهنية، مرحلة تقدير الموقف، مرحلة التدخل المهني، مرحلة التقييم وإنهاء

التدخل والمتابعة) وجميعها مراحل تحتاج إلى فترة زمنية كافية، لتحقق التأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى للتعايش مع المرض واكتساب سلوكيات العلاج

١٠- يجب ألا يقتصر التدخل المهني لبرنامج التأهيل الاجتماعي لأطفال مرضى السكري على فترة زمنية واحدة، وإنما ينفذ على فترات، بهدف تتبع الحالات ومساعدتها على الاستمرارية في سلوكيات العلاج، وحل المشاكل التي تواجهها.

١١- إن الأمانة العلمية تقتضي الإشارة إلى أن التغيير الحادث ليس مرجعه فقط إلى المتغير التجريبي (التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي) وقد تكون عوامل أخرى ساهمت في هذا التغيير منها: الرعاية الطبية، شعور الطفل بأنه موضع تجربة، والنمو الداخلي لمستوى الوعي لدى الأطفال بتزايد فترات التردد على المستشفى، بالإضافة إلى زيادة وعي الأسرة بالمرض وأساليبه العلاجية.

١٢- تثير الدراسة مجموعة من القضايا والتساؤلات التي قد تصلح لبحوث مستقبلية منها:

- ما هو عائد التدخل المهني بتطبيق المدخل المعرفي السلوكي للتأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى وأسرهم في مرحلة بداية اكتشاف الإصابة بالمرض للتعامل مع الموقف الصدمي والتوافق مع المرض وإجراءاته العلاجية؟
- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتأهيل الاجتماعي لأسر الأطفال المصابين بمرض السكري قبل سن المدرسة؟

- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى بأمراض مزمنة؟
- ما فاعلية تقديم برامج للتأهيل الاجتماعي للمرضى وأسرهم، تعتمد على المدخل المعرفي السلوكي تنفذ على فترات متتالية، حتى يمكن تتبع الحالات ومساعدة أصحابها على تحسين نوعية الحياة، ومواجهة المشكلات التي تعترضهم؟
- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي مع حالات المرضى الكبار بأمراض مزمنة؟

وفي الختام ترى الباحثة أن تطبيق مدخل العلاج المعرفي السلوكي ما زال محدوداً بالمجال الطبي في المجتمع العربي السعودي، ويحتاج إلى المزيد من الدراسات والبحوث التطبيقية، مع مختلف حالات المرضى بأمراض مزمنة من الأطفال والكبار من الجنسين، حتى يمكن الخروج بنتائج تثري الممارسة في هذا المجال.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية

ثانياً: المراجع الأجنبية

أولاً: المراجع العربية

- إبـــراهيم، حمـــدي محمـــد (١٩٩٠) ممارســـة الاتجـــاه الـــسلوكي في خدمـــة الفـــرد مع الطفل ضعيف العقل لتعديل سلوكه اللاتوافقي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعـــة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار، وآخرون (١٩٩٣) العلاج السلوكي للطفل، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٨٠).
- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٤) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨) علم النفس الإكلينيكي، الرياض، دار المريخ للنشر.
- أحمد، جمال شفيق (١٩٩٣) إصابة الأطفال بمرض السكر وعلاقتها بدافعيتهم للإنجاز، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- البكيري، وآخرون (١٩٩٤) الغذاء وصحة المجتمع، مكتبة التربية العربية لـــدول الخلـــيج، الرياض.
- الدامغ، سامي (١٩٩٦) تصاميم النسق المفرد، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، المجلد (٢٤) العدد الأول.
- -------- (١٩٩٦) التعدد المنهجي، أنواعه وملاءمته للعلوم الاجتماعية، مجلس النـــشر العلمي، جامعة الكويت، المجلد (٢٤) العدد الرابع.
- الزراد، فيصل محمد (١٩٩٢) تعديل السلوك البشري، الرياض، دار المريخ للنشر.
- السنهوري، عبد المنعم (١٩٩٦) نحو ممارسة أكثر فاعلية لخدمة الفرد الجماعيـــة، دراســـة مطبقة على المرضى بأمراض مزمنة، بحث منشور، المؤتمر العلمي(٩) جامعة حلوان، كليـــة الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- السنهوري، أحمد محمد، وآخرون (١٩٩٣) الخدمة الاجتماعية مع الفئـــات الخاصـــة، دار السعيد للطباعة والنشر، القاهرة.
- السيد، سميره أحمد (١٩٩٥) استراتيجيات وأساليب البحث العلمي، الرياض، مطابع التقنية للأوفست، ط ١.

- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٤) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
- الشناوي، محمد، السيد، عبد الرحمن(١٩٩٨) العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشهري، إيمان عبد الرحمن (١٩٩٣) تقييم الحالة الغذائية وتخطيط الوجبات المناسبة للأطفال المصابين بمرض السكر حتى سن الثانية عشر بمدينة الرياض، رسالة دكتوراه غير منشوره، كلية التربية للاقتصاد المترلي والتربية الفنية بالرياض.
- العوضي، فوزية (١٩٨٠) التغذية العامة والعلاجية، الكويت، دار القلم، ط ١.
- الكواري، كلثم جبر (١٩٩٧) فاعلية العلاج السلوكي والعلاج الأسري في خدمة الفرد في علاج مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة القاهرة، الفيوم.
- بدوي، أحمد (١٩٨٠) معجم مصطلحات التربية والتعليم، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
- توشيت، نانسي: (٢٠٠١) مرض السكر، الأسئلة والأجوبة، الدار العربية للعلوم، لبنان، ط ١ ترجمة عزة حسين كبة.
- حسن، عبد الباسط: (١٩٩٠) أصول البحث الاجتماعي، القاهرة، مكتبة وهبة.
- دليل المنظمة العالمية لداء السكري لدى الأطفال واليافعين المجمع عليه عام ٢٠٠٠م باللغة العربية.
- رشوان، عبد المنصف حسن (١٩٩١) ممارسة العلاج السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال، رسالة ماجستير غير منشوره، جامعة القاهرة، الفيوم.
- زكي، وآخرون (١٩٨٩) المعجم الموضوعي للمصطلحات الطبية، مصادرها اللاتينية واليونانية، وشرحها بالعربية والانجليزية، الرياض، دار المريخ.
- زهران، حامد (١٩٩٠) علم نفس النمو، القاهرة، عالم الكتب.
- سعيد، حنان: (١٩٩٧) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية النسق القيمي لطالبات المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

- عبد الباقي، زيدان: (١٩٨٠) قواعد البحث الاجتماعي، القاهرة، مطبعة السعادة.
- عودة، أحمد، ملكاوي، فتحي: (١٩٩٢) أساسيات البحث العلمي في التربية والعلوم الإنسانية، عناصر البحث ومناهجه والتحليل الإحصائي لبياناته، الأردن، مكتبة الكتاني.
- عويس، محمد (٢٠٠١) البحث العلمي في الخدمة الاجتماعية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبد الرحمن، محمد،البدوي، محمد (٢٠٠٢) مناهج وطرق البحث الاجتماعي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- عبد الرحمن، محمد السيد (٢٠٠٠) علم الأمراض النفسية والعقلية، (الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج) موسوعة الصحة النفسية، الكتاب الأول، الجزء الأول، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.
- عبد المجيد، هشام سيد (٢٠٠١) مقارنة فعالية كل من التعديل السلوكي المعرفي والتعديل السلوكي في خدمة الفرد في التقليل من حدة المشكلات السلوكية للأحداث الجانحين، بحث منشور، المؤتمر العلمي (١٤) جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- عبيدات، ذوقان، وآخرون (١٩٩٣) البحث العلمي مفهومة أدواته أساليبه، الرياض، دار أسامة للنشر والتوزيع.
- عوض، عبد الناصر (١٩٩٥) العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي مع الطلاب غائبي الأب وزيادة قدرتهم على الضبط الداخلي، بحث منشور، المؤتمر العلمي (٨) جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- قطامي، يوسف (١٩٩٠) تفكير الأطفال تطوره وطرق تعليمه، عمان، الأهلية للنشر التوزيع.
- متولي، ماجدة (١٩٩١) المرض المزمن والتغيرات الاجتماعية والنفسية بالأسرة، بحث منشور، المؤتمر العلمي (٥) جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، القاهرة.
- محمد، رأفت عبد الرحمن (١٩٩٩) العلاقة بين ممارسة الاتجاه المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتعديل أسلوب الحياة للأطفال المرضى بأمراض مزمنة، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة القاهرة، الفيوم.
- مليكة، لويس (١٩٩٠) العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.

- منسي، محمود (٢٠٠٠) مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- منسي، محمود، وآخرون (٢٠٠٢) التقويم التربوي ومبادئ الإحصاء، الإسكندرية، شركة الجمهورية الحديثة لتحويل وطباعة الورق.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abdulla, E,. (1984) Clinical study in psychological disorders in juvenile diabetic children. Unpublished M.S.C, Ain Shams, Cair.
- Alberts, M, &Edelstein,A, (1995) Training in behavior therapy. In A.Hersen, & Kazdin,.A,etal,. (Ed.) International handbook of behavior modification and therapy,. New York: Plenum Press.
- Al-Rubean, K, (2002, 15-16 October) Diabetes mellitus as major health problem in the kingdom of Saudia Arabia, Paper presented at the International Diabetes Day.
- American Diabetes Association. (1995). Position statement: screening for diabetes. Diabetic Care, 18 supplement1.
- American Diabetes Association. (1996). Diabetes 1996 Vital Statistics. Alexandria, V.a.،.
- American diabetes association (1997). Data from the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Car, 20,
- American diabetes association. (2002). National diabetes statistics.
- American Diabetes Association. (2003). Management of dyslipidemia in children and adolescent with diabetes. (Consensus Statement). Diabetes Care., 26.
- American diabetes association. (2004). Clinical practice recommendtions. Diabetes Care,, Supplement 1.
- Anderson,B.,etal,. (1990). Assessing family sharing of diabetes responsibilities. Pediatric psychology, 15.
- Anderson,B., (1990). Diabetes and adaptations in family systems. In C. Homels (Ed.), Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes. New York: Springer.
- Anderson,B.,etal,(1997) Behavioral and psychosocial:ersearch with school-aged children with type1 diabetes. Diabetes Spectrum, 10.
- Argyle, M. (1986). Social behavior. In M. Herbert,. (Ed.), Psychology for social workers (2 ed.). London.
- Atkinson,M.,&Maclaren,N.(1994). The Pathogenesis of insulin - dependent diabetes. N Engl Medicine, 331.
- Auslande,W.,etal,.(1991).Predictors of diabetes knowledge in newly diagnosed children and parents. Paediatrics psychology, 16.
- Bailes , B. (2002). Diabetes mellitus and Its chronic complications, Home study program. Aorn, 76.

- Barker, R. (1995). The social work dictionary. (3ed.). Washington,DC: National association of social workers.
- Beck, J. (1995). Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press.
- Behrman, R., et al ,. (1992). Text book of pediatrics (14ed.). London: W.B Saunders Co.
- Berlin,s,(1983).Cognitive-behavioral approaches. In A. Rosenblatt, &Waldfogel,D,. (Ed.), Handbook of clinical social work. Washington: Jossey-Bass Publishers.
- Bernstein,D.,etal,. (1988). Psychology. Boston: Mifflin Company.
- Best,J,.&Kahn,James,. (1989). Research in education. Prentice hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Bloom, M., & Fischer,J,. (1982). Evaluating practice:guide lines for the accountable professional. Englewood Cilffs: Practice Hall, Inc.
- Boland, E,&Grey,M. (1996). Coping strategies of school-ege children with diabetes mellitus. Diabet Educ, 22(6).
- Braswell, L., & Kendall, P. (1988). Cognitive - behavioral methods with children. In K. S. Dobson (Ed.), Handook of cognitive-behavioral therapies. New York: Gulford Press.
- Bregani, P.,etal, (1979). Attitude of juvenile diabetics and their families towards dietetic regimen. Pediat Adolesce Endocinol, 7.
- Bruce, J.,&Marsha,W.,(1986). Models of teaching. New Jersy: Prentice Holl,Inc.
- Burish,T.,& Laurence,B., (1983). Coping with chronic disease: Research and application, London: Academic press.
- Butterfield,W.,&Cobb,N,.(1994).Cognitive-behavioral treatment of children and adolescents. In D. Granvold (Ed.), Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications ,Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Cedemark, G.,et al,.(1993). Glycaemic effect and satiating capacity of potato chips and milk chocolate bars as snacks in teenagers. Paediator, 153.
- Clayton, K.,& Holly, j. (1994). Loss of normal relationship between growth hormone-binding protein and insulin-like growth factor-1 in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. Clin Endocrinol, 41.

- Cnaan, R., et al,. (1992). Perception of consumer, practitioners, and experts regarding psychosocial rehabilitation principles. Psychosocial Rehabilitation, 16(1).

- Coulshed, V.,&Orme, J,.(1998). Social work practice an introduction (3 ed.). England: Povey-Edmondson.
- Dashiff,C,.(2003) Self-and Dependent-care responsibility of adolescents with IDDM and their parents, Journal of family nursing,9(2).

- Davies, J., &Kawaguchi,Y,etal,. (1994). A genome wide search for human type1 diabetes susceptibility genes. Nature, 371.
- Dobson, K., & Block,L,. (1988). Historical and philosophical bases of the cognitive- behavioral therapies. In K. Dobsn (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapis. New Y-rk: The Guilford press.
- Edelstein, J.,&linn,M,.(1985).The influence of the family on control of diabetes. Soc Sci Med, 21.
- El-hefnawy, M. (1987). Medical and psychological presentation of diabetes mellitus among children aged (6-14) years , institute of post graduate childhood studies. Unpublished M.S.C, Ain shams, Cairo.
- Fischer, J., (1978). Effective casework practice: An eclectic approach. New York: McGraw-Hill.
- Fohlman, J.,&Friman,G.(1993). Is juvenile diabetes a viral disease? Ann Med, 25.
- Franz,M.,etal,.(2002.).Evidence-base dnutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications (Technical Rview). Diabetes Care, 26.
- Ganong, W.,(1997). Endocrin function of pancreas and the regulation of carbohydrat metabolism. In.Appleton & Lange (Ed.), A review of medical physiology (8 ed): Stamford.
- Gibson,R.,etal.,(1983).Development and manangment of cunseling, programs and guidance services, Macmillan, Publishing Co. Inc. New York.
- Gill, G. (1997). Diabetes mellitus in developing countries. In J. Pickup & G. Williams (Eds.), Text book of diabetes (Second Edition ed., Vol. 1, USA: Blackwell Science.

- Glasgow,R.,etal,.(1987). Self-care behaviors and glycemic control in type1 diabetes. Chron Dis, 40.
- Granvold, D., (1994). Concepts and methods of Cognitive treatment. In D. K. Granvold (Ed.), Cognitive and Behavioral Treatment: Methods and application. Pacific Grove,CA: Brooks/ Cole.
- Greene,S, & Newton,R,.(1997). Diabetes mellitusin childhood an adolescence. In: J. Pickup & G. Williams (Eds. Text book of Diabetes. (2 ed.,) Vol. 2, USA: Blackwell Science.
- Grey, M., et al, (2001).Clinical and psychosocial factors associated with achievement of treatment goals in adolescents with diabetes mellitus. Adloescent health, 28.
- Guyton, A. (1992). Insulin, glucagon and diabetes mellitus. In Saunders (Ed ،(.Human physiology and mechanism of disease) . 5th edition (ed). Philadelphia.
- Hanson,C,etal,.(1987).Social competence and parental support as mediators of link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. Consult Clincal Psychology, 55.
- Hanson,C.,etal,.(1987). Model assocoiations between psychoscial variables and health outcome measures of adolescent with IDDM. Diabet Educ, 10(6).
- Hauenstein, E.,et al,. (1989).Stress in parents of chldren with diabetes mellitus. Diabetes Care, 12.
- Hauser,S.,etal,.(1985). The contributions of family environment to perceived compentence and illness adjustment in diabetic and acutely ill children. Family Relations, 34.
- Hepwoth, D, (1982). Direct social work practice: Theory and skills. New York: Dorsary Press.
- Herskowitz,R,.etal,. (1995). Psychosocial predictors of acute complications of diabets in Youth. Diabet Med, 12.
- Hollon,S.D.,&Beck,A.T.(1994).Cognitive and cognitive-behaviora therapies. In: A.E.Bergin & S.L.Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Huttunen,N,et al,.(1981).Exerise induced protinuria in children and adolescents with Type1(insulin-dependent) diabets. Diabetologia, 21,
- Jacobson,A,et al,.(1990).Adherence among children and adolescents with Insulin - dependent diabetes mellitus over four - year

longitudinal follow - up.II.Immediate and long-term linkages with the familymilitus. Pediatric Psychology, 15.

- Jacobson,A, etal,.(1994). Family environment and glycemic control: a four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. Psychosom Medicine, 56.
- Johnson,S.(1980). Psychological factors in Juvenile Diabetes: a review. Behav Med, 3.
- Johnson,S.(1990). Adherence behaviors and health status in childhood diabetes. In C. Holmes (Ed.), Neuropsychological and Behavioral Aspects of Diabetes. New York: Spring.
- Johnson, S. (1992). Methodological issues in diabetes research: Measuring Adherence. Diabetes Care, 15.
- Johnson,S,etal, (1992). A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. Paediatr Psychol, 17.
- Jones,D.,& Gill,G,.(1997). Insulin-debendent diabetes mellitus: an overview. In J. Pickup, &Williams,G , (Ed.), Text book of diabetes (2 ed., Vol. 1). USA: Blackwell Science
- Kant,L., etal.,(1994). Mortality and Outcome of Patients with Brittle and Recurrent Ketoacidosis Lancent *.Diabetes Care, 344*
- Kall,W., & Huddle,K,.et al.(1993). The age of onset sex distribution of Insulin- dependent diabetes mellitus in African in South Africa. Postgradet. Medicine, 69.
- Kovacs, M., et al. (1985). Initial psychologic responses of parents to the diagnosis of insulin-dependent diabetes mellitus in their children. Diabetes care. 8.
- Kovacs,M.,etal.(1985). Initial coping responses and psychological characteristics of children with insulin- dependent diabetes mellitus. Pediatric. 106
- Kovacs, M., etal, (1986).Childrens self-reports of psychologic adjustment and coping strategies during first year of insulin-dependent diabetes mellitus. Daibetes Care, 9 (5).
- Kovacs,M.,etal,(1989).Family functioning and metabolic control of school-aged children with IDDM. Diabetes Care,12,.
- Kovacs,M.,etal,(1990).Psychological functioning among mothers of children with Insulin - dependent diabetes mellitus: A Longitudinal Study. Consulting and Clinical Psychology, 58.

- Kovacs,M.,etal, (1990). Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: a longitudinal study. Pediatric Psychology, 15(5.)
- Lantz,J.,(1978). Cognitive Theory and Social casework. Social Work, 23,
- Leaverton,D. (1979). The Child with Diabetes Mellitus. In: J. Noshpitz (Ed.), Basic Handbook of Child Psychiatry. (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Lipman,T.,etal, (1989). Adevelopemental approach to diabetes in childern: School-age through adolescence. MCN AM Matern child Nurs, 14,.
- Liss, D., etal, (1998). Psychiatric inllness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis:a controlled satudy. AM Acad Child Adolesc psychiat, 37.
- Ludvigsson,etal, (1978). Beta - Cell Function in Children with Diabetes. Diabets, 26(1),.
- Maclaren,N., & Atkinson,M, (1994). Is Insulin - dependent dabetes mellitus environmentally induced? N Engl Med, 5.
- Marteau,T.,etal, (1987). Family life and diabetic control. Child psychol Psychiatry, 28,.
- Mayfield,T.(1998). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: New criteria:AM. Family. Phys, 58.
- Meijer, S., et al,. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with achronic illness.: Social & Science medicin, 54.
- Meriuzzi,T.,etal, (1981 .(Cognitive Assessment .N.Y.: Guilford Press.
- Moussa,M,etal,. (2005). Social and psychological characteristics of kuwaiti children and adolescents with type1 diabetes. Journal Social scince & Medicine, 60.
- Mortensen,H,. (2002). Findings from the hvidore study group on childhood diabetes: metabolic control and quality of life, Journal Hormone Research,57 (suppl 1).
- Mumson,C. (1994). Cognitive family therapy. In D. Granvold,. (Ed.), Cognitive and behvior treatment: Methods and applications Pacific Grove,CA: Brooks/Cole.
- Nelson, J., (1984). "Intermediate treatment goals as varibles in single case research ،"*Social work Research and Abstracts 21*)

- Nurius, P.& Berlin,S,.(1995). Cognition and social cognitive theory. In R. Edwards, etal, (Ed.), Encyclopedia of social work (19 ed.) Washington,DC: NASW,Press.
- Nutrition Subcommittee of the British Diabetes Association Professional Advisory Committee. (1992). Dietary recommendations for people with diabetes: an Update for the 1990s. Diabet Med, 9.
- Payne, M.(1997).Cognitive-behavioural theories. In M. Payne (Ed.), Modern Social Work Theory (2 ed.). New York: Palyrave.
- Pond,J,etal,.(1995). Psychological challenges for children with insulin-dependent diabetes mellitus. Diabet Educ, 21.
- Raimy,V.(1975) *.Misunderstandings of the Self*.San Francisco: Jossey - Bass.
- Robin,A.,&Foster,S,.(1989).Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach. New York: Guilford.
- Ronen,T.,. (1994). Cognitive - Behavioral social work with children. Social Work British.
- Rosenbloom, A,etal,. (1985). Excessive insulin treatment and the somogyi effect. In J. Pickup (Ed.), Brittle Diabetes. Oxford: Blackwell Scientific.
- Ryan, C. (1997). Psychological Factors and Diabetes Mellitus. In J. Pickup & G. Williams (Eds.), Text book of Diabetes. (2 ed., Vol. 2). USA: Blackwell Science.
- Ryden,O.,et al,.(1994).Family Therapy in Poorly Controlled Juvenile IDDM: Effects on Diabetes Control, Self-Evaluation, and Behavioral Symptoms. ActaPaediatr, 83.
- Scott,W.(1995).Cognitive behavior therapy: Two basic cognitive research programs and a theoretically based definition. Behavior Therapist,, 118.
- Seleem,A.(1989). Impacts of insulin therapy, Psychological and socioeconmic factors on growth of juvenile Type1 diabetic children. Unpublished PH D, AinShams, Cairo.
- Shannon, C. (1994). Stress managment. In D. Granvold (Ed.), Cognitive-behavioural treatment. California: Brooks/Cole,Publishing company.
- Sherman,E.,(1987).Cognitive therapy.In:A.Minhan,etal,.(Ed.), Encyclopedia of social work (18 ed). Maryland: NASW, Silver Spring.

- Siminerio,Linda,.(1998). Comparing outpatient to inpatient diabetes education for newly diagnosed pediatric patients: An exploratory study, the Pennsylvania-state- university,USA.
- Smith,M.,etal.(1991).Glycosylated hemoglobin and psychological adjustment in A adolescents with diabetes adolescense. 26.
- Snoek, F.,& Skinner,T.,(2000). Psychology in diabetes care. (3ed.). New York: Wiley.
- Stein,T,etal,.(1987). Determination of energy expenditure during heavy exercise,normal daily activity and sleep,using the doubly-labelled-water(H O) method. AM Clin Nutr, 45.
- Stuhldreher,etal,. (1994). The association of Waist / hip ratio with diabetes complication in an adult IDDM population,. Clini Epidemiol, 47.
- Sullivan,W.(1995). Psychosocial Rehabilitation. In: R. Edward, et al (Ed.), Encyclopedia of social work (19 ed.). Washington,DC.
- Thomlison, B., &Ray J.Thomlison,. (1996). Behavioral Therapy and social work treatment. In F. Turner,. (Ed.), Social work treatment (4ed.). New York: Free Press.
- Thomlison, R.,(1986). Behavior therapy in social work practice. In F. Turner,. (Ed.), Social work treatment:Interlocking theoretical approaches (3 ed.). New York: A division of Macmillan, Inc.
- Thyer, B., &Wodarski,J,(1990).Social learning theory: Towards a comprehensive conceptual framework for social work education. Social Service Review, 64.
- Thyer,B.,&Myers,L.(1997).Behavioral and Cognitive Theories. In:J. Brandell (Ed.), Theory and practice in clinical social work. New York,: The Free Press.
- Turner,R., &Millns,H,etal,. (1998). Risk factors for coronary artery diseas in non- iInsulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Stady (UKPDS.23). Bediatric Med, 316, 823-828.
- Van der van, N.,et al,. (2005). Cognitive behavioural group training (CBGT) for patients with type1 diabetes in persistent poor glycaemic control: Who do we erach? Patient Education and Counseling, 56.

- Virtanen, S.,&Rasanen, L,etal,. (1993). Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Frinish Children. Diabetes, 42.
- Vivien,E.&Jennifer,R. (1998). The influence of psychological factors on the self-management of insulin dependente diabetes mellitus .Advanced Nursing, 27.
- Waller, D.,etal,.(1986). Measuring diabetes-specific family support and its relation to metabolic control:a preliminary report. AM Acad Child Psychol, 25.
- Wasserman,D.,&Zinman,B.(1994).Exercise inIndividuals with IDDM (Technical Review). Diabetes Care,, 17.
- Weist,M., etal,.(1993).Empirical selection of psychosocial treatment targest for child and adolescents with diabetes. pediatr Psychol, 18(1), 11-28.
- Werner, H.,(1979). Cognitive therapy. In F. Turner,. (Ed.), Social work treatment (Vol. 2,). New York: Free Press.
- Werner,H.,(1986). Cognitive Theory. In F. Turner,. (Ed.), Social work treatment: Interlocking theoretical approaches (3 ed.). New York: Free Press.
- Whitney,E.(1991).Understanding Normal and Clinical Nutrition (3rd Edition ed.). New York: West Publishing Company.
- www.diabetes.org.nz.html
- www.diabetes.org.uk
- www.diabetes_edu.net
- www.shefa-onlin.net
- www.findarticales.com
- www.thecommunityguide.org.htm
- www.ncd.org.html
- www.diabetes.org.html
- www.your-doctor.net
- Wysocki,T., & Green, L,etal,.(1989). Blood glucose monitoring by diabetic adolescent: compliance and metabolic control. Health psychology.
- Wysocki,T. & Hough,etal.(1992).Diabetes mellitus in the transition to adulthood: adjustment self-care and health status. Development and Behavioral pediatrics.

- Wysock,T. (1993).Associations among teen - parent relationships, metabolic control and adjustment to diabetes in adolescents. Pediatric Psychology, 18.
- Wysocki,T.(1993).Associations among teen-parent relationships, metabolic control and adjustment to diabetes in adolescents. PediatricPsychology, 18.
- Wysock,T., & White,etal,(1995). Family adapta-tion to diabetes: amodel for intervention research. In:J. Wallander & L. Siegel (Eds.), Advances in pediatric psychology (Vol. 2). New York: Guilford.
- Wysocki,T. & Taylor,A,etal.(1996).Deviation from developmentally appropriate self-care autonomy. Diabetes Care, 19.
- Wysocki,T.(1997).The ten keys to your child grow-up with diabetes. Alexandria, Virginia: American Diabetes Association.
- Yahvand,R.,etal.(2002). The Symptom - Carring Child as Preserver of Family Unit, child and family social work. 5.
- Youssef.,E,(1989). Growth and Development in Juvenile Diabetes Mellitus in Children from Age (5 -14) years. Unpublished SC, Ain Shams. Cairo.
- Zeist.,N.(2000).Consensus guidelines for the management of type1 diabetes mellitus in children and adolescent. In International socity for pediatric and adolscent diabetes (Ed.) Consensus Guidelines: Medical Forum International.
- Zimbardo,P.(1988) .Psychology and life .Boston: Scott, Foresman.
- Zuppinger, K.,&etal, (1979). Attitude of juvenile diabetics, his family and peers toward a dietetic regimen: Pediatric Adolescent Endocinol, 7.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم ١:

مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية.

ملحق رقم ٢:

دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج.

ملحق رقم ٣:

البيانات الأولية للحالة.

ملحق رقم ٤:

التعاقد على الاشتراك بالبرنامج.

ملحق رقم (١)

مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية

أبعاد مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية لأطفال مرضى السكري

م	العبارات الخاصة بالمشكلات الطبية	دائماً	أحياناً	أبداً
١	يصعب علي أخذ حقن الأنسولين بانتظام			
٢	ألتزم في المواعيد المحددة لتناول حقن الأنسولين			
٣	أجد صعوبة في إكمال إجراءات تحليل سكر الدم يومياً			
٤	أهتم في تسجيل نتائج التحاليل على السجل الخاص بها			
٥	أجد صعوبة في اتباع الحمية الغذائية			
٦	أواظب على ممارسة الرياضة			
٧	أهتم بتغيير أماكن الحقن بالجسم			
٨	أخاف من وخز حقنة الأنسولين			
٩	أعاني من ارتفاع مستمر لنسبة السكر بالدم			
١٠	أعاني من انخفاض شديد لنسبة السكر بالدم			
١١	أتناول الوجبة الغذائية بعد حقنة الأنسولين			
١٢	أتناول الحلويات الخاصة بالحمية			
١٣	يصعب علي اتباع خطة غذائية في طعامي			
١٤	أحقن نفسي بحقنة الأنسولين			
١٥	أحرص على تناول الوجبات الرئيسية يومياً			
١٦	أهتم بتناول الوجبات الخفيفة بين الوجبات الرئيسية			
١٧	الاستمرار بالعلاج يذكرني بأنني مريض دائماً			
١٨	أجد صعوبة في النوم			
١٩	أتعب بسرعة عند ممارسة الرياضة			
٢٠	أهتم بالنظافة الشخصية يومياً (نظافة الأسنان)			
٢١	أشعر بالملل من الاستمرار في أخذ حقن الأنسولين			
٢٢	أشعر بالضيق من الإجراءات اليومية للعلاج			
٢٣	أشعر بالضيق عندما أحرم من تناول الحلويات			
٢٤	لا أشعر بالخوف من طول مدة العلاج			

م	العبارات الخاصة بالمشكلات الطبية	دائماً	أحياناً	أبداً
٢٥	أميل إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين			
٢٦	أخاف من غيبوبة السكري			
٢٧	أحرص على الالتزام بالنظام الغذائي			
٢٨	أشعر بالاختلاف عن أقراني			
٢٩	أخجل من معرفة الآخرين بمرضي			
٣٠	لا يضايقني اختلاف نوعية طعامي عن الآخرين			
٣١	أشعر بالحزن على نفسي لإصابتي بمرض السكري			
٣٢	أشعر بالدونية بسبب مرضي			
٣٣	أشعر بالإحباط عندما لا أحقق النجاح الدراسي			
٣٤	أستطيع أخذ حقنة الأنسولين بنفسي			
٣٥	أشعر أني الوحيدة المصابة بمرض السكري			
٣٦	لا أغضب عندما لا تحقق رغبتي			
٣٧	أغضب بسرعة من تصرفات زميلاتي			
٣٨	لا أستطيع التركيز في المذاكرة			
٣٩	أشعر بالقلق من المستقبل			
٤٠	أشعر بالرضا عن نفسي			
٤١	أدى مرضي إلى اهتمام أسرتي بي			
٤٢	أعفى من العقاب بسبب مرضي			
٤٣	أعتمد على والدتي في تنفيذ إجراءات العلاج			
٤٤	تحرص والدتي على إعداد الطعام الخاص بي			
٤٥	تسبب مرضي في نزاعات بين والداي			
٤٦	أتشاجر مع إخوتي			
٤٧	إخوتي يغارون من اهتمام والدي بي			
٤٨	علاقتي طيبة مع والدي			
٤٩	ساءت علاقتي مع إخوتي			
٥٠	تحرص أسرتي على التقيد بمواعيد الوجبات الغذائية			
٥١	تهتم المدرسة بحالتي المرضية			
٥٢	أدائي الدراسي مثل زميلاتي			

م	العبارات الخاصة بالمشكلات الطبية	دائماً	أحياناً	أبداً
٥٣	أتشاجر مع زميلاتي في المدرسة			
٥٤	أجد في المدرسة من يساعدني عند ظهور أعراض المرض			
٥٥	أتغيب عن المدرسة بكثرة			
٥٦	أثر مرضي على أدائي الدراسي			
٥٧	أتحدث فقط عن مرضي مع زملائي الذين أعرفهم			
٥٨	أستطيع بسهولة تكوين صداقات جديدة			
٥٩	أفرغ همومي في مشاهدة التلفزيون			
٦٠	أمارس الألعاب الترفيهية بكثرة			

ملحق رقم (٢)

دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

مؤشرات دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج

م	العبارات هل تستطيع ابنتك أن:	نعم	إلى حد ما	لا
١	تميز الأعراض الناتجة عن انخفاض نسبة السكر بالدم وتخبر أي أحد عنها			
٢	تعالج انخفاض نسبة السكر بالدم بتناول عصير محلى أو أي شيء مضاف إليه سكر			
٣	تعرف متى تُحدث الأعراض الجانبية لانخفاض سكر الدم وتعمل شيئاً يجنبها حدوثها.			
٤	تعرف أعراض ارتفاع نسبة السكر بالدم (الشعور بالعطش، تكرار التبول، التعب)			
٥	تتخذ قراراً سريعاً عند الارتفاع عن المعدل الطبيعي وتقوم بأدائه.			
٦	تعرف أسباب ارتفاع نسبة السكر بالدم عن معدله الطبيعي وتحاول تجنبها.			
٧	تعرف أهمية حمل بطاقة تحدد نوع مرض السكري الذي تعاني منه.			
٨	تستطيع أن تكمل اختبار كيتونات Ketone البول.			
٩	تثقب أصبعها بالبضع لسحب عينة من الدم لاختبار نسبة السكر بالدم.			
١٠	تكمل إجراءات اختبار سكر الدم برؤية شريط القياس المعد له.			
١١	تكمل قياس نسبة السكر بالدم بقراءة نتيجة القياس في الجهاز الخاص به			
١٢	تدون نتائج قراءة نسبة السكر في الدم في سجل التحاليل المعد لها.			
١٣	تعرف نوع الأنسولين الذي تستخدمه لعلاجها.			
١٤	تعرف كمية جرعة الأنسولين المحددة لها يومياً.			
١٥	تُحدد أوقاتاً منتظمة لأخذ حقن الأنسولين.			
١٦	تسحب حقنة الأنسولين لنوع واحد فقط.			
١٧	تسحب حقنة الأنسولين بمزج نوعين من الأنسولين لحقنها.			
١٨	تحقن نفسها بحقنة الأنسولين.			

لا	إلى حد ما	نعم	العبارات هل تستطيع ابنتك أن:	م
			تستخدم أماكن مختلفة في الجسم عند الحقن.	١٩
			تسجل نوع الأنسولين والجرعة المحددة لها في سجلها.	٢٠
			تعرف تأثير نوع الأنسولين وجرعته وعلاجها.	٢١
			تعرف المدى الزمني لمفعول كل نوع من الأنسولين في علاجها.	٢٢
			تضبط جرعة الأنسولين وفقاً لنسبة الارتفاع أو الانخفاض بسكر الدم.	٢٣
			تحدد أسباب الحاجة في تغيير جرعة الأنسولين.	٢٤
			تحفظ أنبوبة دواء الأنسولين بطريقة مناسبة لها.	٢٥
			تعرف متى تنتهي صلاحية دواء الأنسولين لتتخلص منه.	٢٦
			تصنف الطعام في مجموعاته الغذائية.	٢٧
			تستخدم خطة غذائية للوجبات اليومية.	٢٨
			تستخدم في المطاعم الخطة الغذائية.	٢٩
			تضبط كمية ما تأكله من وجبات وفقاً لحالة الارتفاع والانخفاض التي تتعرض لها.	٣٠
			تعرف سبب تغيير النظام الغذائي المأمور باتباعه.	٣١
			تعرف دور النظام الغذائي في علاج مرض السكر.	٣٢
			تعرف أنواع الأنشطة الرياضية المناسبة لحالتها المرضية مثل (المشي، السباحة، ...الخ)	٣٣
			تخطط للتمرينات البدنية وفقاً لكيفية وزمن أخذ حقنة الأنسولين والوجبة يومياً.	٣٤
			تضبط حجم التمرين حسب نسبة السكر (ارتفاع / انخفاض)	٣٥
			تتوقف عن النشاط البدني عندما تشعر بالإرهاق أو عند ظهور الكيتون في البول.	٣٦
			تعرف اثنين من الاحتياطات الأمنية عند ممارستها للتمارين البدنية.	٣٧
			تحدد النوع الجيد للوجبات الغذائية لتتناولها قبل ممارسة التمارين البدنية	٣٨

ملحق رقم (٣)

البيانات الأولية للحالة.

بيانات أولية عن الطفل وأسرته

١- الاسم: بالرقم :

٢- العمر: سـنة :

٣- المرحلة الدراسية: الصف:

٤- تاريخ اكتشاف المرض: شهـر:

٥- عدد مرات أخذ حقن الأنسولين باليوم:

أ- مرتين يومياً ☐

ب- ثلاث مرات باليوم ☐

ج- أكثر من ثلاث مرات ☐

٦- إجمالي الجرعة اليومية:

٧- توزيع الجرعة في اليوم:

٨- عمر الأب:

أ- أقل من ٤٠ سنة ☐

ب- من٤٠ - ٤٥ سنة ☐

ج- من ٤٥ — ٥٠ سنة ☐

د- أكثر من ٥٠ سنة ☐

٩- الحالة التعليمية للأب

أ- يقرأ ويكتب ☐

ب- تعليم ابتدائي ☐

ج- تعليم متوسط ☐

د- تعليم ثانوي ☐

هـ- تعليم جامعي ☐

١٠- الحالة الوظيفية للأب:

أ- يعمل

ب- لا يعمل

ج- متقاعد

١١- دخل الأسرة شهرياً:

أ- أقل من ٥٠٠٠ريال

ب- من ٥٠٠٠- ٧٠٠٠ريال

ج- من ٧٠٠٠ - ٩٠٠٠ ريال

د- من٩٠٠٠-١٢٠٠٠ريال

هـ- أكثر من ١٢٠٠٠ ريال

١٢- عمر الأم:

أ- أقل من ٣٠

ب- من ٣٠-٤٠

ج- من ٤٠-٥٠

د- أكثر من ٥٠

١٣- المستوى التعليمي للأم:

أ- أمية

ب- تقرأ وتكتب

ج- تعليم ابتدائي

د- تعليم متوسط

هـ- تعليم ثانوي

و- تعليم جامعي

١٤- الحالة الوظيفية للأم:

أ- تعمل

ب- لا تعمل

١٥- جدول التكوين الأسري:

ملحق رقم (٤)

التعاقد على الاشتراك بالبرنامج.

التعاقد على الاشتراك في برنامج التأهيل الاجتماعي

المكرم ولي أمر الطفلة/ ....

،،، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

أحيطكم علماً بأنني سأجري دراسة بحثية في مستشفى قوى الأمن، على الأطفال المصابين بمرض السكري لتأهيلهم اجتماعياً، وحيث إن ابنتكم قد اختيرت من ضمن المجموعة التي تنطبق عليها شروط تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي.

لذا آمل التعاقد بالموافقة على اشتراك ابنتكم في البرنامج العلاجي للتأهيل الاجتماعي، وقبل أن تتخذ قرارك من المهم أن تتعرف على المعلومات التالية:

عنوان الدراسة:

التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري (النوع الأول) لتأهيلهم اجتماعياً.

أهداف الدراسة:

قياس مدى فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري (النوع الأول) لتأهيلهم اجتماعياً من حيث:

- خفض حدة المشكلات الطبية.
- خفض حدة المشكلات النفسية.
- التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

الإجراءات والمدة المتوقعة:

المرحلة الأولى: مرحلة تقدير الموقف وتتطلب ما يلي:

- تطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالإصابة بمرض السكري.
- دراسة فردية لكل حالة من حالات الدراسة، بهدف تحديد أنواع السلوك المراد تغييره أو تعديله، والمتمثل في الاتجاهات، أو الاستجابات والأفكار، وتحتاج لمدة شهرين (شوال وذي القعدة)، وستجري مقابلة فردية للطفل ووالدته، وستكون في فترة بعد الظهر من(١-٥).

المرحلة الثانية: مرحلة التدخل المهني وتتطلب ما يلي:

- تسجيل خطوات التدخل المهني سواء مع الطفل أو أسرته.
- تنفيذ برنامج التأهيل الاجتماعي على عينة الدراسة، من خلال لقاءات جماعية مع الأطفال، بمعدل ساعتين أسبوعياً من الساعة الثالثة حتى الساعة الخامسة على مدى أربعة أشهر ابتداءً من شهر ذي الحجة حتى نهاية شهر ربيع الأول لعام ١٤٢٥هـ.

المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء التدخل المهني وتتطلب ما يلي:

- التمهيد لإنهاء برنامج التأهيل الاجتماعي.
- إعادة تطبيق المقياس الخاص بمشكلات مرض السكري على عينة الدراسة للتعرف على النتائج، وسيكون في شهر ربيع الثاني لعام ١٤٢٥هـ
- مع العلم أن جميع المراحل السابقة سيتم التعامل فيها بسرية تامة مع الحالات المشاركة، ولا يسمح لأحد بالاطلاع على التسجيلات المهنية، وسوف تستخدم نتائج هذه الدراسة لأغراض البحث العلمي فقط، مع عدم توضيح هوية الطفل المشارك.

أوافق على اشتراك ابنتي ببرنامج التأهيل الاجتماعي، وقد استوعبت جميع المعلومات، واستلمت نسخة من الإقرار وعليه أقر بذلك.

اسم ولي أمر الطفلة:.......................................

التوقيع:..

حرر بتاريخ: / / ١٤م.

شاكرة لكم حسن تعاونكم

الباحثة/ هند الميزر

ملخصات الدراسة

أولاً: الملخص باللغة العربية

ثانياً: الملخص باللغة الأجنبية

أولاً: الملخص باللغة العربية

اهتمت المجتمعات من خلال برامج الرعاية المختلفة، ومنها توفير برامج الرعاية الصحية للأطفال التي تساعدهم على النمو السليم بصفة عامة، والوقاية من الأمراض، وتوفير سبل العلاج والتأهيل للحد من الآثار السلبية للمرض.

ويعد مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الأطفال، حيث يعانون من مشاعر سلبية واضطرابات نفسية واجتماعية وسلوكية، تنعكس على استجاباتهم للعلاج، ويحتاج هؤلاء الأطفال المرضى إلى تهيئة مناخ اجتماعي ونفسي ملائم يساعدهم على اجتياز أزمة المرض في مراحله الأولى، وكيفية التعامل معه والالتزام بإجراءاته العلاجية، حتى يمكن تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي للأطفال المرضى.

ويحتاج الأطفال مرضى السكري إلى الالتزام بسلوكيات الرعاية الذاتية، من قياسات يومية متكررة لقياس مستوى السكر بالدم. وتسجيل النتائج وحقن يومي بحقن الأنسولين، وتقيّد بنظام غذائي، وتمارين رياضية ومراجعة طبية مستمرة، ومنتظمة لضبط المرض ومنع ظهور المضاعفات المهددة للحياة على المدى الطويل،كالفشل الكلوي وأمراض الشبكية والأعصاب.

وتشكل الإصابة بمرض السكري أزمة نفسية واجتماعية واقتصادية على الأسرة، خاصة إذا كان المصاب طفلاً أو مراهقاً، وتحتاج إلى تدخل مهني لمساعدة الأسرة على استعادة توازنها وتوافقها مع التأثيرات المختلفة والمترتبة على إصابة الطفل بهذا المرض.

وتؤكد نتائج الدراسات السابقة تأثير مرض السكري على مختلف جوانب شخصية الطفل (جسمياً، ونفسياً، واجتماعياً، وعقلياً) حيث أثبتت الدراسات أن مدة الإصابة بالمرض لها تأثير في مناطق مختلفة من المخ، حيث تؤدي إلى تدهور بسيط في القدرة اللفظية عند الأطفال، كما يظهر المرض على الأطفال مظاهر واضطرابات نفسية، كمشاعر الخوف،والاكتئاب، العصبية، الشك، وتقلب المزاج، توهم المرض، الحساسية المفرطة، ..إلخ بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي وتشويه صورة الذات.

كذلك أثبتت الدراسات أن هناك علاقة بين الالتزام بالعلاج والصراعات العائلية وسوء شبكة العلاقات الأسرية في ظهور المشكلات الاجتماعية لدى الأطفال المرضى بالسكري.

وتؤكد الدراسات أن إمداد الطفل المريض وأسرته بالمعلومات الطبية عن المرض وإجراءاته العلاجية يؤدي إلى زيادة القدرة على الالتزام بسلوكيات العلاج. كما تؤكد الدراسات أن الانتظام بالعلاج يقلل من أعراض ومضاعفات المرض ويجعل نمو جسم الطفل المريض بالسكري مساوياً لنمو الطفل السليم.

ويتضح من نتائج العديد من الدراسات أهمية التدخل العلاجي للتخفيف من حدة مشكلات المرض لدى الطفل المريض بالسكري. لذا اختارت الباحثة التدخل المهني مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) باستخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي لتأهيلهم اجتماعياً للتعايش مع المرض وتقبل إجراءاته العلاجية، وتتبلور أبعاد التأهيل في: خفض حدة المشكلات الطبية، خفض حدة المشكلات النفسية، التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

وبناءً على ذلك فقد تحددت مشكلة الدراسة في:

قياس مدى فاعلية التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) Type 1 لتأهيلهم اجتماعياً.

ولتحقيق أهداف الدراسة، وضعت الباحثة فرضاً رئيساً، تنبثق عنه فروض فرعية، على النحو التالي:

الفرض الرئيس:

يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى تأهيلهم اجتماعياً.

الفروض الفرعية:

- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض حدة المشكلات الطبية.
- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى خفض حدة المشكلات النفسية.
- يؤدي التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) إلى التقليل من حدة المشكلات الاجتماعية.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً: نوع الدراسة

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التجريبية Experimental Study، التي تقوم على تصميم المجموعة الواحدة The one Group per post Test Design باستخدام القياس القبلي / البعدي على المجموعة التجريبية، بهدف قياس أثر المتغير المستقل وهو التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، على المتغير التابع وهو التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري.

ثانياً: عينة الدراسة

عينة عمدية عددها عشر حالات مختارة من الأطفال الإناث مرضى السكري type 1، **ومن شروط اختيار العينة ما يلي:**

١- ألا يقل عمر الطفلة عن ٨ سنوات ولا يزيد عن اثنتي عشرة سنة.

٢- ألا يتجاوز اكتشاف الإصابة بالمرض السنة.

٣- ألا يكون الطفل مصاباً بأمراض أخرى.

٤- أن يكون الطفل الوحيد المصاب بالمرض بين الإخوة.

٥- أن تكون إقامة الطفل في مدينة الرياض.

٦- أن يوافق ولي أمر الطفل على الاشتراك والالتزام بمواعيد المقابلات أثناء تطبيق برنامج التأهيل الاجتماعي

ثالثاً: أدوات الدراسة

١- **القياس:** بتطبيق مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية المترتبة على إصابة الطفل بمرض السكري (إعداد الباحثة) ويهدف إلى قياس حدة هذه المشكلات **ويتضمن قياس المتغيرات التالية:**

أ- المشكلات الطبية المرتبطة بأعراض المرض وسلوكياته العلاجية.

ب- المشكلات النفسية المرتبطة بآثار المرض في الجانب النفسي والعلاجي.

ج - المشكلات الاجتماعية المرتبطة بآثار المرض على العلاقات الأسرية وسلوكيات العلاج

٢ – دليل الملاحظة يطبق من الأم على الطفل لملاحظة سلوكياته اليومية نحو العلاج (إعداد الباحثة) .

٣- المقابلات الفردية مع حالات الدراسة من الأطفال والأمهات.

٤- المقابلات الجماعية في خدمة الفرد مع حالات الدراسة من الأطفال والأمهات، لتطبيق برنامج التدخل.

٥- تحليل محتوى المقابلات الجماعية في خدمة الفرد مع الأطفال والأمهات حالات الدراسة.

رابعاً: مجالات الدراسة:

المجال البشري:

١- عينة عمدية من الأطفال الإناث المصابات بمرض السكري، حديثات الإصابة ممن لا تقل أعمارهنَ عن ٨ سنوات ولا تتجاوز ١٢ سنة.

٢- أمهات الأطفال عينة الدراسة.

المجال المكاني: مستشفى قوى الأمن بمنطقة الرياض.

المجال الزمني: من ١٤٢٤/٧/١٦هـ ١٤٢٥/٤/١هـ حيث تم في هذه الفترة التقدير المبدئي للحالات ومرحلة إجراء التجربة.

نتائج الدراسة

ظهرت نتائج تحقيق فروض الدراسة على النحو التالي:

- أظهرت نتائج التدخل المهني بتطبيق نموذج التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري (النوع الأول) أن هناك فروقاً معنوية ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١ بين درجات القياسي القبلي/ البعدي على مقياس المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية، ٠,٠٥على دليل الملاحظة لسلوكيات العلاج. وبهذا يتحقق الفرض الرئيس.

- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياس القبلي/البعدي لمتغير المشكلات الطبية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الأول.

- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياس القبلي/البعدي لمتغير المشكلات النفسية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الثاني.
- توجد فروق ذات دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠٥ بين درجات القياس القبلي/البعدي لمتغير المشكلات الاجتماعية على مقياس المشكلات، وبهذا يتحقق الفرض الفرعي الثالث.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

١- اتضح أن الالتزام بالعلاج وإجراءاته العلاجية تؤثر فيه مجموعة من العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية، وأن هناك تأثيراً متبادلاً بين مختلف العوامل، فهناك علاقة متبادلة بين الالتزام بسلوكيات العلاج، ومدى المعرفة بالمرض، ومستوى الضغوط النفسية التي تواجه الطفل وأسرته، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية التي تحيط بالأسرة ونوعية العلاقات الأسرية وقدرة الأسرة على تنفيذ مسؤوليات العلاج، وتحويلها بالتدريج إلى الطفل للعناية الذاتية.

٢- إمكانية تطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري، لأنها ترتبط بتغيير البنية المعرفية للطفل وتعديل سلوكه، وتعتمد على أساليب تعليمية تناسب المرحلة العمرية (٨-١٢).

٣- فاعلية تناول وعلاج مشكلات مرض السكري عند الأطفال، من خلال المقابلات الجماعية والنشاط، كأدوات لإحداث التعديل في سلوكيات الالتزام للطفل بصورة مباشرة، وتتفق مع طبيعة الطفل في هذه المرحلة العمرية (١٠-١٢).

٤- تأكيد أهمية العلاقة المهنية، وتكوينها مع الطفل والأخصائي الاجتماعي عند تطبيق برنامج التدخل المهني في خدمة الفرد، تلك العلاقة التي يشعر فيها الطفل بالألفة تجاهه، وتكون أداة رئيسة للتأثير والتغيير والتعديل في سلوك الطفل واكتسابه مهارات الالتزام بالعلاج.

٥- أهمية تكوين علاقة مهنية مع الأمهات، مبنية على التقبل والتجاوب مع الباحثة، لتساعد على تحقيق الأهداف،حيث تعتبر مشاركة الأمهات عنصراً رئيساً في تحقيق أهداف العلاج وفي تنفيذ مسؤولياته والتدريب على تحويل تلك المسؤوليات بالتدريج إلى أطفالهن المرضى.

٦- ترتبط فاعلية التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتحقيق التأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري بنوعية الأساليب العلاجية المستخدمة ومدى مناسبتها لخصائص المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل، **وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية الأساليب التالية:**

- إحداث تغيير في المحتوى المعرفي من حيث: المعرفة بالمرض وكيفية التعامل مع نظام العلاج (سلوكيات العلاج بالدواء، سلوكيات العلاج بالغذاء، سلوكيات العلاج بالرياضة) باستخدام أسلوب التعلم المعرفي من خلال الوسائل التوضيحية وأشرطة الفيديو التعليمية لاكتساب السلوك المشاهد، الشرح والتوضيح والمناقشة، وتشكيل الاستجابة.
- النمذجة: لاكتساب السلوك المشاهد، من خلال عرض نماذج تعليمية وإرشادية.
- التعلم الذاتي الموجه لتحديد المهام للممارسات اليومية، باستخدام المدعمات الإيجابية.
- التدريب التحصيني ضد الضغوط: للتعامل مع الضغوط النفسية والاجتماعية، نحو متطلبات الالتزام بالعلاج.
- المكافأة: للاستمرار في السلوكيات المطلوبة، وفي المحافظة على مستوى لنسبة السكر بالدم قريب من المستوى الطبيعي.

٨- أهمية الاعتماد على أكثر من أداة لتقييم نتائج التدخل المهني في خدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً، كالمقاييس المقننة، أو إعداد مقاييس اجتماعية ثابتة تكون أداة لقياس المتغيرات والأبعاد المختلفة للالتزام بالعلاج، يمكن الاعتماد عليها، بالإضافة إلى استخدام أدوات أخرى كالملاحظة، وتحليل محتوى المقابلات المهنية.

٩- يحتاج التدخل المهني بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لتأهيلهم اجتماعياً، إلى فترة زمنية لا تقل عن ستة أشهر، لتحقق أهداف البرنامج العلاجي وترتبط بمراحل مختلفة (التمهيد لنمو العلاقة المهنية، مرحلة تقدير الموقف، مرحلة التدخل المهني، مرحلة التقييم وإنهاء التدخل والمتابعة) وجميعها مراحل تحتاج إلى فترة زمنية كافية، لتحقق التأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى للتعايش مع المرض واكتساب سلوكيات العلاج

١٠- يجب ألا يقتصر برنامج التدخل المهني للتأهيل الاجتماعي للأطفال مرضى السكري على فترة زمنية واحدة، وإنما ينفذ على فترات متتالية، بهدف تتبع الحالات ومساعدتها على الاستمرارية في سلوكيات العلاج، وحل المشاكل التي توجهها.

١١- إن الأمانة العلمية تقتضي الإشارة إلى أن التغيير الحادث ليس مرجعه فقط إلى المتغير التجريبي (التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي) وقد تكون عوامل أخرى ساهمت في هذا التغيير منها: الرعاية الطبية، شعور الطفل بأنه موضع تجربة، والنمو الداخلي لمستوى الوعي لدى الأطفال بتزايد فترات التردد على المستشفى، بالإضافة إلى زيادة وعي الأسرة بالمرض وأساليبه العلاجيه.

١٢- تثير الدراسة مجموعة من القضايا والتساؤلات التي قد تصلح لبحوث مستقبلية منها:

- ما هو عائد التدخل المهني بتطبيق المدخل المعرفي السلوكي للتأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى وأسرهم في مرحلة بداية اكتشاف الإصابة بالمرض للتعامل مع الموقف الصدمي والتوافق مع المرض وإجراءاته العلاجية؟
- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتأهيل الاجتماعي لأسر الأطفال المصابين بمرض السكري قبل سن المدرسة؟
- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتأهيل الاجتماعي للأطفال المرضى بأمراض مزمنة؟
- ما فاعلية تقديم برامج للتأهيل الاجتماعي للمرضى وأسرهم تعتمد على المدخل المعرفي السلوكي، تنفذ على فترات متتالية، حتى يمكن تتبع الحالات ومساعدة أصحابها على تحسين نوعية الحياة، ومواجهة المشكلات التي تعترضهم؟
- هل يمكن تطبيق المدخل المعرفي السلوكي مع حالات المرضى الكبار بأمراض مزمنة؟

وفي الختام ترى الباحثة أن تطبيق مدخل العلاج المعرفي السلوكي، ما زال محدوداً في المجال الطبي في المجتمع السعودي، ويحتاج إلى المزيد من الدراسات والبحوث التطبيقية، مع مختلف حالات المرضى بأمراض مزمنة من الأطفال والكبار من الجنسين، حتى يمكن الخروج بنتائج تثري الممارسة في هذا المجال.

ثانياً: الملخص باللغة الأجنبية

Introduction

Health care of children is one of many welfare programs that most nations are trying to achieve. These health programs and service are designed to help the children to grow healthy, to be protected from diseases, and to be treated and in case of disease onset.

Diabetes is one of the most common diseases that effect children. Diabetic children suffer from negative feelings, psychological, social, and behavioral problems which, in turn, affect, their recovery. Hence, children with diabetes need to be treated in a proper social and psychological milieu that can help them overcome the first onset of the problem in its first stage, and go through the recovery process by learning how to deal with the disease, and the best way to comply with the treatment.

Diabetic children are in need to learn how take care of them selves (such as measuring the level of blood sugar, recording the readings, injecting them selves with insulin, dietary, exercising, and visiting the clinic regularly) to control their blood sugar, and lead a healthy life, and prevent disease complications.

The impact of the diabetes is not only affecting the social and psychological aspects of the child, but also it extends to affect the family system as well. The family of a diabetic child could suffer from a long range of social, financial, relational, and psychological problems. Therefore, there is a need for a professional intervention with the diabetic child as well as with the family to help both of them regain the balance and cope effectively with disease.

Moreover, many studies have indicated the various impacts on the diabetic child (physically, psychologically, socially, and mentally) and the family. Some studies have proved that the length of the onset of the diabetes could affect some areas in the brain of the child which could result in deterioration in the ability of the child verbal communication. One or more of psychological symptoms like mental disorders, phobias, negative feelings, depression, panic disorder, mood

swinging, and low self-esteem could be seen in diabetic children, as many studies indicated.

In addition, some studies have proved that incompliance with treatment is related to family conflicts and weak family network, and the emergence of family problems in the family of diabetic children. Therefore, providing the diabetic child and the family with medical and treatment information regarding the disease could result in, as many studies have indicated, an increase in compliance with treatment. Also, many studies have assured that compliance with treatment, and systematic visits treatment to the doctor decrease the complications of the disease and help diabetic children grow the same as other children do.

Study problem

Due to the importance of the behavioral intervention with diabetic children, this study tested the extent of cognitive behavioral intervention with diabetic children (type1) to help them cope with the disease and comply with treatment. In that, the component of the study intervention are decreasing the disease medical complications, decreasing psychological problems, and decreasing social problems related to the diabetes.

More specifically, the study problem is the measurement of the effectiveness of case work intervention using cognitive behavioral approach to socially rehabilitate diabetic children (type1). In order to achieve the study objectives, many hypotheses have been drawn.

Main hypothesis

Using cognitive behavioral therapy, case work intervention with diabetic children (type 1) results in their social rehabilitation.

Secondary hypotheses

1. Using cognitive behavioral therapy, case work intervention with diabetic children results in reduction of their medical problems.
2. Using cognitive behavioral therapy, case work intervention with diabetic children (type1) results in reduction in their psychological problems.

3. Using cognitive behavioral therapy, case work intervention with diabetic children (type1) results in reduction in their social problems.

Study methodology and procedures

Study design

This study has used the Quasi-experimental design using one group pretest-posttest design to test the impact of the independent variable (case work intervention using cognitive behavioral therapy) on dependant variable (Social rehabilitation in diabetic children).

Study sample

Through the process of purposive sampling, the study chose 10 children who were diagnosed as having diabetes (type1) base on the following conditions:

1. The childe must be between 8-12 years old.
2. The onset of the disease should not be longer than one year.
3. The child a disease other than diabetes.
4. The child should be the only one who are diabetic among the siblings.
5. The child should be living in Riyadh.
6. the child care should agree for his/her child to be part of the study, and to be committed to interviews appointments during the applications of the social rehabilitation program.

Study tools

1. The researcher has developed a tool that can measure:
   a. Medical problems that are related to diabetes.
   b. Psychological problems related to diabetes.
   c. Social problems related to diabetes.
2. Observational log (developed by the researcher) that can be applied by mother of the diabetic child to record the daily behaviors of the child related to treatment.
3. Individual interviews with the children and their mothers.
4. Group interviews with children and their mother for implication of the intervention program.
5. Content analysis of the group meetings with the diabetic children and their mothers.

Study fields

Population

1. Purposeful sample of ten (10) children with diabetes, who have the onset of disease less than one year ago, and between 8-12 years old.
2. Mothers of the children.

Place of study

The study took place in the Security forces Hospital, Riyadh.

Time of the study

Data and experimentation lasted between 16/7/1424 – 1/4/1425.

Study findings

1. The study showed that case work intervention using cognitive behavioral techniques with diabetic children (type1) is significantly related 0.01 between pretest and posttest in the measure of medical, psychological, and social problems, as well as in the observational log of children behavior. Such significance confirms the study main hypothesis.
2. There was a significance difference between pretest and posttest 0.01 in relation to the medical problem of the diabetic children which confirm the first hypothesis of the secondary hypotheses.
3. There was a significance difference between pretest and posttest 0.01 in relation to the psychological problem of the diabetic children which confirm the second hypothesis of the secondary hypotheses.
4. There was a significance difference between pretest and posttest 0.01 in relation to the social problem of the diabetic children which confirm the third hypothesis of the secondary hypotheses.

Other important findings

1. The study shows that compliance with treatment has a positive impact on the medical, psychological, and social state of the diabetic child. Also, there is a mutual relationship between compliance with treatment and knowledge of the disease. The

level of psychological pressure is also related to how knowledgeable the child and the family about the disease are.

2. The study also shows the possibility of using cognitive behavioral therapy with diabetic children especially 8-12 years old.
3. The study confirms the effectiveness of group interviews and activities as tools to modify the behaviors of diabetic children towards compliance with treatment, especially in children 10-12 years old.
4. The study emphasizes the importance of the professional relationship between the social worker and the child during the helping process in case work, which could function as a tool to change and modify behaviors of the child and teach compliance skills.
5. The study shows the importance in building a professional relationship with mother of the diabetic children on which mutual acceptance is based between the mothers and the social workers. Such relationship would help and encourage mothers, as an essential element of the treatment, to be part of and help in compliance with the treatment.
6. The effectiveness of the intervention using cognitive behavioral therapy is conditioned by the appropriate techniques that are suitable the age stage of the child. In that, the study found the effectiveness of the following techniques to be used with diabetic children:
   - Purposeful change in the content of knowledge. That includes knowledge of the disease and how it can be dealt with (medical, dietary, and exercising therapy). That can be achieved through using cognitive learning techniques such as educational video tapes and explanatory tools to comprehend the seen behavior, and provide the children the chance to understand and respond appropriately after explaining, clarifying, discussing the desired behavior with them.
   - Modeling, through showing the diabetics children educational models containing desired behavior to be acquired.
   - Guided self-learning, to assign daily tasks that should be carried out by the child using positive support.

- Anti-pressure training, to help the child deal with psychological and social pressures generated by compliance with treatment.
- Rewarding, to help the child continue the desired behaviors and to help the child keep the blood sugar to its safe level.

7. The study also shows the importance of using more than one tool to evaluate case work intervention and the use of cognitive behavioral therapy in the social rehabilitation of diabetic children. Standardized measures, especially those that can measure the social aspect, can be very useful in measuring the problem and its consequences in more valid and reliable manner. Semi-structured interview, observation, and content analysis are other examples of evaluations tools.
8. Intervention using cognitive behavioral techniques with diabetic children needs, at least, 6 months in order to achieve the objectives of the treatment program. This period of time is needed because the treatment program includes 6 stages (preparation for building the professional relationship, assessment, intervention, evaluation, termination, and follow-up).
9. The intervention using cognitive behavior approach should be extended for follow up, and to help patients and their family continue to comply with treatment, and solve with them any problem that might deter compliance.
10. It should be noted that the positive results obtained, and the changes found patients' compliance may not be solely as a result of the intervention. There may be more intervening variables that might contribute to achieving such results. That includes medical care, awareness of the patient that he/she is a subject of an experiment, the developmental age of the child, and the increasing awareness of the family regarding the disease and treatment.

Recommended future studies.

Based on the findings of this study, many issues, and more research questions have been raised which could be recommended for future research:

1. What is the effective of the intervention by using cognitive behavior therapy for social rehabilitation of diabetic children and

their families if applied during the first discovery of the disease to help the family cope well with the shock of the disease onset?

2. How effective is the use of cognitive behavior therapy with families for social rehabilitation of diabetic children who are under school age.
3. How effective is the use of cognitive behavior therapy for social rehabilitation of children who have other chronic illness.
4. How effective is the use of cognitive behavior therapy for social rehabilitation of diabetic children using time-series based intervention (instead of one time intervention), which could help follow up process, and help patients and their families improve their quality of life and overcome future problems.
5. How effective is the use of cognitive behavior therapy for social rehabilitation with adults who have chronic illness.

Finally, the researcher see that the use and implementation of cognitive behavior therapy and techniques is very limited in the medical field in Saudi Arabia. It needs further research with children and adults whom have chronic illness.

فهارس الدراسة

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

هذا الكتاب يتناول التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في مجال التأهيل الاجتماعي للأطفال المصابين بمرض السكري؛ حيث لم تلق تلك الفئة قدرا كافيا من الاهتمام والعناية من قبل الباحثين والمعنيين بهذا المجال ، وقد جاء ذلك في بابين:

الأول: تضمن أربعة فصول، عرضت مخططا للدراسة التي تناولت تلك الفئة ، مع تعريف لمرض السكري، وأنواعه، وتصنيفاته، وأعراضه، وطرق تشخيصه،ومضاعفاته، ونظام علاجه، وعرض للمشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية المصاحبة له، ثم تحدثت عن الخدمة الاجتماعية ومداخلها المهنية التي تستند إليها في مجال التأهيل الاجتماعي للأطفال المصابين بهذا المرض.

الباب الثاني: تضمن على منهجية الدراسة في ثلاثة فصول، تناولت الإجراءات المنهجية التي اتبعتها الباحثة، واستراتيجيات وآليات التدخل المهني التي تبنتها في دراستها، ثم عرض للنتائج التي توصلت إليها من المعالجات الإحصائية للبيانات التي حصلت عليها من عينة الدراسة باستخدام أدوات بحثية مختلفة، مع اختبار لفروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها في ضوء ما توصلت إليه من نتائج.

وختمت ذلك بمجموعة من التوصيات، وملخص باللغتين العربية، وآخر بالإنجليزية، وقائمة من المراجع العربية والأجنبية التي استندت إليها في هذا البحث..

وأدعو الله تعالى أن أكون قد وفقت في هذا العمل وأن ينفع به الإسلام والمسلمين..

المؤلفة





ردمك : ٠ - ٨٩٧ - ٠٤ - ٩٩٦٠ - ٩٧٨